

**MANAJEMEN ASUHAN KEBIDANAN PADA NY “E”
DENGAN KEMATIAN JANIN DALAM RAHIM
DI RSUD SYEKH YUSUF GOWA
TAHUN 2017**



KARYA TULIS ILMIAH

**Diajukan untuk Memenuhi Salah Satu Syarat Memperoleh Gelar Ahli Madya
Kebidanan Jurusan Kebidanan Fakultas Kedokteran dan Ilmu Kesehatan
Universitas Islam Negeri (UIN) Alauddin
Makassar**

Oleh
BESSE RAMLAH
NIM. 70400114013

**FAKULTAS KEDOKTERAN DAN ILMU KESEHATAN
UNIVERSITAS ISLAM NEGERI (UIN) ALAUDDIN
MAKASSAR
2017**

HALAMAN PERNYATAAN KEASLIAN KTI

Dengan penuh kesadaran, penyusun yang bertanda tangan di bawah ini menyatakan bahwa karya tulis ilmiah ini benar adalah hasil karya penyusun sendiri. Jika kemudian hari terbukti bahwa ia merupakan duplikat, tiruan, plagiat, atau dibuat oleh orang lain, sebagian atau seluruhnya, maka karya tulis ilmiah ini dan gelar yang diperoleh karenanya batal demi hukum.



Samata, Agustus 2017

Penyusun

Besse Ramlah

70400114013

LEMBAR PERSETUJUAN KARYA TULIS ILMIAH

Nama : Besse Ramlah

Nim : 70400114013

Judul : Manajemen Asuhan Kebidanan pada Ny "E" Dengan Kematian Janin Dalam Rahim di
RSUD Syekh Yusuf Gowa tanggal 04 Mei 2017

Karya Tulis Ilmiah ini Telah diperiksa dan disetujui oleh pembimbing untuk diajukan
pada seminar hasil Program Studi DIII Kebidanan Fakultas Ilmu Kesehatan Universitas Islam
Negeri Alauddin Makassar.

Pembimbing I

Firdayani S.SiT., M.Keb

Pembimbing II

dr. Nadyah., M.Kes

UNIVERSITAS ISLAM NEGERI
ALAUDDIN
M A K A S S A R

PENGESAHAN KARYA TULIS ILMIAH

Karya Tulis Ilmiah yang berjudul **"Manajemen Asuhan Kebidanan Pada Ny"E" dengan Kematian Janin Dalam Rahim di RSUD Syekh Yusuf Gowa Tahun 2017"**, yang disusun oleh **Besse Ramlah NIM: 70400114013**, Mahasiswi Jurusan Kebidanan pada Fakultas Kedokteran dan Ilmu Kesehatan UIN Alauddin Makassar, telah diuji dan dipertahankan dalam ujian Karya Tulis Ilmiah yang diselenggarakan pada hari **Senin, 28 Agustus 2017 M**, dinyatakan telah dapat diterima sebagai salah satu syarat untuk memperoleh gelar Ahli Madya Kebidanan, Jurusan Kebidanan (dengan beberapa perbaikan).

Sampata, 28 Agustus 2017 M
6 Dzulhijjah 1438 H

DEWAN PENGUJI:

Ketua	: Dr. dr. H. Andi Armyan Nurdin, M.Sc (.....)
Sekretaris	: Anieq Muntiah Al Kautzar, S.ST, M.Keb (.....)
Pembimbing I	: Firdayanti, S.SiT, M.Keb (.....)
Pembimbing II	: dr. Nadyah, M.Kes (.....)
Penguji I	: dr. Andi Sitti Rahma, M.Kes (.....)
Penguji II	: Nurkholis A Gaffar, S.Ag, M.Hum (.....)

Dekan

Dr. dr. H. Andi Armyan Nurdin, M.Sc
NIP: 19550203 198312 1 001

KATA PENGANTAR

بِسْمِ اللَّهِ الرَّحْمَنِ الرَّحِيمِ

Assaalamu ‘alaikum warahmatulahi wabarakatuh

Puji dan syukur penulis ucapkan kehadiran Allah swt. atas segala limpahan rahmat dan karunia-Nya sehingga penulis dapat menyelesaikan laporan tugas akhir yang sederhana ini dengan judul “Manajemen Asuhan Kebidanan Pada Ny “E” Dengan Kematian Janin Dalam Rahim di RSUD Syekh Yusuf Gowa Tahun 2017”. Penulis menyadari karya tulis ini masih jauh dari kesempurnaan, untuk itu kritik dan saran yang bersifat membangun sangat penulis harapkan demi menyempurnakan laporan tugas akhir ini agar menjadi jauh lebih baik lagi.

Maka itu, pada kesempatan kali ini penulis mengucapkan terimakasih kepada:

1. Orang tua tercinta yang senantiasa memberikan dukungan dan do’a yang tak henti-hentinya Ibunda Hj. Indo Intan dan Ayahanda H. Baso Muslimin.
2. Bapak Prof. Dr. H. Musafir Pababbari, M.Si. sebagai Rektor Universitas Islam Negeri (UIN) Alauddin Makassar.
3. Bapak Dr. dr. H. Andi Armyun Nurdin M.Sc sebagai Dekan Fakultas Kedokteran dan Ilmu Kesehatan UIN Alauddin Makassar.
4. Ibu Dr. Hj. Sitti Saleha, S.SiT., SKM., M.Keb selaku Ketua Jurusan Prodi Kebidanan.
5. Ibu Firdayanti, S.SiT., M.Keb sebagai Pembimbing I yang telah meluangkan waktunya demi membimbing, membantu, serta memberikan saran kepada penulis dalam menyusun proposal studi kasus laporan tugas akhir ini.

6. Ibu dr. Nadyah, M.Kes sebagai Pembimbing II yang telah meluangkan waktunya demi membantu, membimbing, serta memberikan saran yang membangun dalam penyusunan proposal studi kasus laporan akhir ini.
7. Ibu dr. Andi Sitti Rahma, M.Kes, sebagai Penguji I yang telah banyak memberikan masukan kepada penulis sehingga penulis dapat menyelesaikan karya tulis ilmiah ini.
8. Bapak Nurkhalis A Ghaffar, S.Ag., M.Hum, sebagai Penguji II yang telah banyak memberikan masukan untuk perbaikan karya tulis ilmiah ini.
9. Dosen-dosen dan staf Prodi Kebidanan UIN Alauddin Makassar atas curahan ilmu pengetahuan dan segala bantuan yang diberikan pada penulis sejak menempuh pendidikan kebidanan, menyelesaikan pendidikan hingga selesainya karya tulis ilmiah ini.
10. Direktur Rumah Sakit Umum Daerah Syekh Yusuf Gowa beserta stafnya yang telah memberikan izin untuk melakukan penelitian.
11. Mahasiswa seangkatan tahun 2014 Jurusan Kebidanan serta teman yang lain di luar sana yang telah memberikan dorongan berupa semangat dan memberikan saran serta membantu penulis dalam menyelesaikan proposal ini.
12. Semua pihak yang tidak bisa penulis sebutkan satu-persatu yang telah membantu penulis baik itu secara langsung maupun tidak langsung dalam menyelesaikan laporan penelitian ini.

Akhir kata penulis berharap semoga apa yang telah penulis susun dalam laporan tugas akhir ini dapat bermanfaat bagi berbagai pihak, Amin.

Samata-Gowa, Agustus 2017

Penulis



DAFTAR ISI

HALAMAN SAMPUL	i
HALAMAN PERNYATAAN KEASLIAN KTI.....	ii
HALAMAN PERSETUJUAN.....	iii
HALAMAN PENGESAHAN.....	iv
KATA PENGANTAR	v
DAFTAR ISI.....	viii
DAFTAR BAGAN	x
DAFTAR LAMPIRAN.....	xi
ABSTRAK	xii
BAB I PENDAHULUAN	1
A. Latar Belakang	1
B. Ruang Lingkup.....	6
C. Tujuan Penulisan.....	6
D. Manfaat Penulisan.....	8
E. Metode Penulisan	8
F. Sistematika Penulisan	10
BAB II TINJAUAN TEOERITIS	12
A. Tinjauan Umum Tentang Kehamilan.....	12

B. Tinjauan Umum Tentang Kematian Janin Dalam Rahim	20
C. Tinjauan Umum Tentang Persalinan.....	50
D. Tinjauan Islam Tentang Kehamilan	58
E. Proses Manajemen Asuhan Kebidanan	68
F. Pendokumentasian Asuhan Kebidanan (SOAP)	77
BAB III STUDI KASUS.....	79
A. Langkah I Identifikasi Data Dasar	79
B. Langkah II Merumuskan Diagnosa/Masalah Aktual	86
C. Langkah III Merumuskan Diagnosa/Masalah Potensial	90
D. Langkah IV Tindakan Segera atau Kolaborasi	90
E. Langkah V Rencana Tindakan Asuhan Kebidanan	91
F. Langkah VI Implementasi.....	94
G. Langkah VII Evaluasi Asuhan Kebidanan	97
Pendokumentasian Hasil Asuhan Kebidanan (SOAP).....	98
BAB IV PEMBAHASAN.....	115
BAB V PENUTUP.....	135
A. Kesimpulan	135
B. Saran.....	137
DAFTAR PUSTAKA	xiii
LAMPIRAN	xvii
RIWAYAT HIDUP	xxi

DAFTAR BAGAN

Bagan 1.1	43
Bagan 1.2	46



DAFTAR LAMPIRAN

- Lampiran I : Standar Prosedur Operasional Penatalaksanaan IUFD di RSUD Syekh Yusuf Gowa
- Lampiran II : Lembar kegiatan konsul
- Lampiran III : Surat permohonan izin penelitian dari Universitas Islam Negeri Alauddin Makassar Kepada Gubernur Sulawesi Selatan (Kepala Badan Penelitian dan Pengembangan Daerah Provinsi Sulawesi Selatan)
- Lampiran IV : Surat izin/rekomendasi penelitian dari Gubernur Sulawesi Selatan/ Badan Penelitian dan Pengembangan Daerah Provinsi Sulawesi Selatan Kepada Direktur RSUD Syekh Yusuf Gowa
- lampiran V : Surat keterangan selesai penelitian dari RSUD Syekh Yusuf Gowa
- lampiran VI : Daftar riwayat hidup

UNIVERSITAS ISLAM NEGERI
ALAUDDIN
M A K A S S A R

ABSTRAK

**JURUSAN KEBIDANAN
UIN ALAUDDIN MAKASSAR
KARYA TULIS ILMIAH, AGUSTUS 2017**

Nama : Besse Ramlah

NIM : 70400114013

**Judul : Manajemen Asuhan Kebidanan pada Ny “E” dengan Kematian Janin
Dalam Rahim Di RSUD Syekh Yusuf Gowa Tahun 2017**

Kematian janin dalam rahim adalah janin yang mati dalam rahim dengan berat badan 500 gram atau lebih atau kematian janin dalam rahim pada kehamilan 20 minggu atau lebih. Beberapa faktor yang mempengaruhi risiko kematian janin yaitu faktor maternal, fetal, dan plasenta. Komplikasi yang dapat terjadi ialah trauma psikis ibu maupun keluarga, apalagi bila waktu antara kematian janin dan persalinan berlangsung lama. Terjadi infeksi bila ketuban telah pecah dan terjadi koagulopati bila kematian janin lebih dari 2 minggu, sehingga bahaya perdarahan akan lebih mengancam jiwa pada waktu tindakan medis dilakukan. Kejadian traumatik psikologis lebih lanjut terjadi dari selang waktu lebih dari 24 jam antara diagnosis kematian janin, induksi persalinan, tidak melihat bayinya selama yang dia inginkan, dan apabila ia tidak memiliki barang kenangan dengan bayinya.

Penelitian ini bertujuan untuk melaksanakan Manajemen Asuhan Kebidanan pada Ny. “E” dengan Kematian Janin Dalam Rahim Di RSUD Syekh Yusuf Gowa pada tahun 2017 sesuai dengan 7 langkah Varney dan SOAP.

Hasil dari studi kasus yang dilakukan Ny “E” ditegakkan diagnosis dengan Kematian Janin Dalam Rahim berdasarkan anamnesis, pemeriksaan fisik dan pemeriksaan penunjang. Seorang pasien, Ny “E” datang ke RSUD Syekh Yusuf Gowa dengan keluhan utama tidak merasakan pergerakan janin disertai nyeri perut bagian bawah sejak 1 hari sebelum masuk rumah sakit. Tampak meringis, *composmentis*, tekanan darah 110/70 mmHg, tinggi fundus uteri setinggi pusat, presentasi kepala, tidak terdengar denyut jantung janin, intrauterin, mati. Pemeriksaan USG dengan Kematian Janin Dalam Rahim, 25 minggu, DJJ negatif, dan oligohidramnion. Pada pasien ini dilakukan penatalaksanaan berupa terminasi kehamilan dengan pemberian induksi pervaginam. Pemantauan dilakukan selama persalinan sampai bayi dilahirkan. Bayi lahir spontan dengan jenis kelamin perempuan, BB: 1200 gram, bayi lahir dengan presentasi muka dan tidak ditemukan hambatan pada saat pelaksanaan tindakan.

Berdasarkan hasil dari studi kasus 7 langkah varney dan SOAP yang digunakan untuk proses penyelesaian masalah kebidanan, dapat disimpulkan bahwa pada Ny “E” ditegakkan diagnosa Kematian Janin Dalam Rahim. Terminasi kehamilan merupakan tatalaksana dari Kematian Janin Dalam Rahim.

Daftar pustaka : 42 (1994-2017)

Kata kunci : Kematian Janin Dalam Rahim, terminasi

ABSTRACT

**MIDWIFERY DEPARTMENT
ALAUDDIN STATE ISLAMIC UNIVERSITY MAKASSAR
RESEARCH PAPER, AUGUST 2017**

Name : Besse Ramlah
Student Reg. No. : 70400114013
**Title : Midwifery Care on Mrs. "E" with Intrauterine Fetal Death
in Syekh Yusuf Regional Public Hospital, Gowa 2017**

Intrauterine fetal death is a fetus that dies in the womb with a weight of 500 grams or more or a fetal death in the womb at 20 weeks or more. Several factors that affect the risk of fetal death includes maternal, fetal, and placental factors. Complications that can occur is the psychological trauma of the mother as well as the family, especially when the time between fetal death and the labor lasts longer. An infection occurs when the membranes have ruptured and coagulopathy occurs when the fetal death is more than 2 weeks, so the danger of bleeding will be more life-threatening when medical treatment is given. Further psychological trauma occur over an interval of more than 24 hours between the diagnosis of fetal death, induction of labor, not having a chance to see the baby for as long as she wants, and not having memories with the baby.

This study aims to implement a Midwifery Care on Mrs. "E" with intrauterine fetal death in Sheikh Yusuf Regional Public Hospital Gowa in 2017 in corresponds to 7 steps Varney and SOAP.

The results of the case study of Mrs "E" who were diagnosed with intrauterine fetal death based on anamnesis, physical examination, and investigation. A patient, Mrs "E", came to Sheikh Yusuf Regional Public Hospital Gowa with the main complaint of not feeling the movement of the fetus with lower abdominal pain since a day before entering the hospital. The patient looks grimacing, compos-mentis, and having blood pressure of 110/70 mmHg, further diagnosis includes the fundalheight at the umbilicus, presentation of the head, inaudible fetal heartbeat, and intrauterine death. Ultrasound examination revealed intrauterine fetal death of 25 weeks, negative DJJ, and oligohydramnios. To this patient, a termination of pregnancy by giving vaginal induction was performed. Monitoring was done during labor until the baby was born. The Baby was born a female with 1200 gram body weight. The baby was born with a face presentation and no obstacles was found during treatment.

Based on the case study results of the 7 Varney and SOAP used for the obstetrics problem-solving process, it can be concluded that Mrs. "E" the diagnosed with intrauterine fetal death underwent a termination of pregnancy which is the correct treatment of intrauterine fetal death.

References: 42 (1994-2017)

Keywords: Intrauterine Fetal Death, termination

BAB I

PENDAHULUAN

A. Latar Belakang

Kehamilan dan persalinan merupakan suatu proses alamiah yang terjadi pada wanita. Walaupun proses tersebut alami, masih terdapat kemungkinan untuk berkembang menjadi patologis. Dari setiap kehamilan yang diharapkan adalah lahirnya bayi yang sehat dan sempurna secara jasmaniah. Tetapi ada kalanya kehamilan disertai dengan resiko. Sebagian komplikasi tidak dapat dihindari dan besarnya komplikasi tidak selalu sama. Sejumlah keadaan ibu dan janin dapat menyebabkan kematian pada janin (*Centers for Disease Control and Prevention*, 2016).

Kematian janin dalam rahim atau *Intra Uterine Fetal Death* (IUFD) adalah kematian hasil konsepsi sebelum dikeluarkan dengan sempurna dari rahim ibunya tanpa memandang tuanya kehamilan (Manuaba, 2014:442). Menurut WHO dan *The American College of Obstetricians and Gynecologists* (ACOG) yang disebut kematian janin adalah janin yang mati dalam rahim dengan berat badan 500 gram atau lebih atau kematian janin dalam rahim pada kehamilan 20 minggu atau lebih. Kematian janin merupakan hasil akhir dari gangguan pertumbuhan janin, gawat janin, atau infeksi (Prawirohardjo, 2014:731).

Pada kasus kematian janin dalam rahim, hasil konsepsi akan dikeluarkan secara spontan, sebagai benda asing. Tetapi sebagian dapat tertinggal dan

menimbulkan masalah, diantaranya infeksi bila ketuban pecah atau gangguan pembekuan darah serta trauma psikis ibu maupun keluarga. Kematian janin yang tertinggal lebih dari 6-8 minggu, dapat menimbulkan gangguan pembekuan darah, sehingga bahaya perdarahan akan lebih mengancam jiwa pada waktu tindakan medis dilakukan (Manuaba, 2012:325. Prawirohardjo, 2014:733). Sedangkan kematian ibu di Indonesia masih didominasi oleh tiga penyebab utama kematian yaitu perdarahan, hipertensi dalam kehamilan, dan infeksi (Kementrian Kesehatan Republik Indonesia, 2015).

Kematian janin dalam rahim merupakan salah satu penyebab kematian perinatal. Angka kematian perinatal menjadi penyumbang terbesar tingginya angka kematian bayi. Menurut *World Health Organization* (WHO), pada tahun 2015 Angka Kematian Bayi (AKB) di dunia 31,7 per 1.000 kelahiran hidup, AKB di Asia Tenggara 24 per 1.000 kelahiran hidup (WHO, 2017). Hasil Survei Penduduk Antar Sensus (SUPAS) 2015 menunjukkan AKB sebesar 22,23 per 1.000 kelahiran hidup, yang artinya sudah mencapai target MDGs 2015 sebesar 23 per 1.000 kelahiran hidup. Namun demikian, AKB di Indonesia masih termasuk tinggi dibandingkan dengan negara tetangga seperti Malaysia dan Singapura yang sudah di bawah 10 kematian per 1.000 kelahiran bayi (Kementrian Kesehatan Republik Indonesia, 2015).

Menurut *World Health Organization* (WHO) kematian perinatal adalah jumlah kelahiran mati dan kematian pada minggu pertama kehidupan per 1.000 kelahiran total, periode perinatal dimulai pada 22 minggu yang telah selesai (154

hari) masa kehamilan dan berakhir tujuh hari setelah kelahiran (WHO, 2017). Kematian janin mengacu pada kematian janin selama kehamilan. Pada tahap akhir kehamilan, kematian janin dikenal sebagai lahir mati (AIHW et al. 2014). Diperkirakan 2,6 juta kelahiran mati terjadi setiap tahun, 98% kelahiran mati lahir di negara berpenghasilan rendah dan berpenghasilan menengah yang umum di antara negara-negara berkembang, termasuk Asia Tenggara. Berdasarkan data *World Health Organization* (WHO), Indonesia menempati urutan ke delapan dari 10 negara dengan kejadian tertinggi lahir mati sebanyak 73 ribu kelahiran mati (WHO 2016). Dari sekian banyak penyebab kematian pada kelompok perinatal di Indonesia, persentase IUFD sebanyak 29,5%, lebih besar dibandingkan dengan penyebab lain seperti Berat Bayi Lahir Rendah (BBLR), yaitu sebanyak 11,2%., ini berarti faktor kondisi ibu sebelum dan selama kehamilan amat menentukan kondisi bayinya. Tantangan ke depan adalah mempersiapkan calon ibu agar benar-benar siap untuk hamil dan melahirkan dan menjaga agar terjamin kesehatan lingkungan yang mampu melindungi bayi dari infeksi (Kementrian Kesehatan RI, 2015)

Kematian janin dapat terjadi baik dalam periode antepartum (sebelum persalinan) atau pada periode intrapartum (selama persalinan, sebelum lahir). Kematian janin adalah indikator kuat dari kualitas pelayanan antenatal dan kebidanan. *Analysis Lives Saved Tool* (dikenal sebagai LiST) melaporkan bahwa meningkatkan intervensi antenatal dan intrapartum yang terbukti di 75 negara dengan beban tertinggi dapat mencegah 823 ribu kelahiran mati, 1.145.000 kematian neonatal dan 166.000 kematian ibu setiap tahunnya (WHO, 2016).

Kematian janin memiliki konsekuensi luas bagi orang tua, penyedia layanan, masyarakat, dan hal ini sering diabaikan dan kurang mendapat perhatian. Kematian janin merupakan trauma berat bagi penderita maupun keluarga sehingga perlu simpati, empati dan perhatian terhadap guncangan emosional yang dialami penderita dan keluarga (Cunningham, 2014:665). Gejala psikologis negatif biasa terjadi pada orang tua yang berduka, sering bertahan bertahun-tahun setelah kematian bayi mereka. Diperkirakan 4,2 juta wanita hidup dengan depresi terkait dengan kelahiran mati (WHO, 2016). Kematian bukanlah hasil yang diharapkan dari kehamilan, dan orang tua mungkin akan merasa kaget. Mereka tidak hanya harus kehilangan bayi mereka, tetapi juga kehilangan ambisi, harapan dan mimpi masa depan (Chapman dan Charles, 2013:329).

Di Sulawesi Selatan jumlah kematian bayi yang dilaporkan oleh Dinas Kesehatan Kabupaten / Kota mengalami peningkatan, pada tahun 2011 sebanyak 868 bayi atau 5.90 per 1000 kelahiran hidup, pada tahun 2014 sebanyak 1.056 bayi atau 7.23 per 1000 kelahiran hidup, pada tahun 2015 meningkat menjadi 1.265 bayi atau 8.33 per 1000 kelahiran hidup dengan penyebab terbanyak disebabkan karena pertumbuhan janin yang lambat, kekurangan gizi pada janin, kelahiran prematur dan Berat Badan Lahir Rendah (BBLR) (Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota Sulsel, 2016). Berdasarkan data yang diperoleh dari Dinas Kesehatan Kabupaten Gowa, AKB mengalami penurunan dan peningkatan. AKB pada tahun 2012 sebanyak 57 bayi atau 4,5 per 1000 kelahiran hidup, pada tahun 2013 menurun menjadi 17 bayi atau 1 per 1000 kelahiran hidup, pada tahun 2014 sebanyak 10 bayi atau 1 per 1.000 kelahiran

hidup dan pada tahun 2015 meningkat sebanyak 16 bayi meninggal (Dinas Kesehatan Kabupaten Gowa, 2016)

Berdasarkan data yang diperoleh dari profil kesehatan Sulawesi Selatan tahun 2016, jumlah lahir mati pada tahun 2015 sebanyak 8.36 per 1000 kelahiran. Kabupaten Gowa merupakan salah satu penyumbang terbesar kedua angka lahir mati setelah Toraja Utara dengan jumlah lahir mati sebanyak 193 dari 3897 bayi lahir dan di Kabupaten Gowa jumlah lahir mati sebanyak 86 bayi dari 12713 bayi lahir atau 6.76 per 1000 kelahiran (Profil Kesehatan Sulawesi Selatan, 2016). Salah satu rumah sakit rujukan dan yang lebih banyak menangani kasus kematian janin di daerah Gowa adalah RSUD Syekh Yusuf. Data yang diperoleh dari rekam medik RSUD Syekh Yusuf Gowa, menunjukkan jumlah kasus Kematian Janin Dalam Rahim pada tahun 2014 sebanyak 42 kasus, tahun 2015 sebanyak 26 kasus, dan tahun 2016 sebanyak 11 kasus (Rekam Medik RSUD Syekh Yusuf Gowa, 2017).

Sebagian besar kasus kematian janin dalam rahim berakhir dengan persalinan pervaginam. Seorang bidan memiliki kewenangan dan kompetensi dalam menangani kasus kematian janin. Hal tersebut terdapat dalam kompetensi bidan yang ke-3 yaitu bidan harus mengidentifikasi penyimpangan kehamilan normal dan melakukan penanganan yang tepat dari kematian janin dan dalam kompetensi bidan yang ke-4 yaitu bidan harus mengidentifikasi dan mengelola malpresentasi, distosia bahu, gawat janin dan kematian janin dalam kandungan dengan tepat (Suseno dan Masrurroh, 2010:86-93).

Mengingat presentase tertinggi penyebab kematian perinatal adalah IUFD dan besarnya jumlah lahir mati di daerah Gowa serta RSUD Syekh Yusuf adalah pusat rujukan dari semua pelayanan kesehatan di daerah Gowa yang menunjukkan penurunan kejadian kematian janin dalam rahim. Oleh karena itu, penulis tertarik untuk memaparkan secara spesifik sebagai wujud perhatian dalam memberikan kontribusi pemikiran pada berbagai pihak yang berkompeten dengan masalah tersebut, sehingga didapatkan solusi terbaik dalam menangani pemasalahan di atas dengan menerapkan manajemen asuhan kebidanan yang terdiri dari tujuh langkah dengan harapan masalah dapat teratasi dan untuk mengidentifikasi kemungkinan komplikasi yang mungkin terjadi pada ibu dengan kematian janin dalam rahim.

B. Ruang Lingkup

Ruang lingkup penulisan karya tulis ilmiah ini adalah manajemen asuhan kebidanan pada Ny"E" dengan kematian janin dalam rahim di RSUD Syekh Yusuf Gowa.

C. Tujuan Penulisan

1. Tujuan Umum

Penulis dapat melaksanakan Manajemen Asuhan Kebidanan pada Ny"E" dengan Kematian Janin dalam Rahim di RSUD Syekh Yusuf Gowa

2. Tujuan Khusus

Melaksanakan pengkajian dan analisis data pada Ny"E" dengan Kematian Janin Dalam Rahim di RSUD Syekh Yusuf Gowa.

- a. Dilaksanakannya pengkajian dan analisis data dasar Ny"E" dengan Kematian Janin Dalam Rahim di RSUD Syekh Yusuf Gowa di RSUD Syekh Yusuf Gowa tahun 2017.
- b. Dirumuskannya diagnosa/masalah aktual pada Ny"E" dengan Kematian Janin Dalam Rahim di RSUD Syekh Yusuf Gowa tahun 2017.
- c. Dirumuskannya diagnosa/masalah potensial pada Ny"E" dengan Kematian Janin Dalam Rahim di RSUD Syekh Yusuf Gowa tahun 2017.
- d. Dapat mengidentifikasi tindakan segera dan kolaborasi pada Ny"E" dengan Kematian Janin Dalam Rahim di RSUD Syekh Yusuf Gowa tahun 2017.
- e. Dirumuskannya rencana tindakan asuhan kebidanan pada Ny"E" dengan Kematian Janin Dalam Rahim di RSUD Syekh Yusuf Gowa tahun 2017.
- f. Dapat mengimplementasikan tindakan asuhan kebidanan pada Ny"E" dengan Kematian Janin Dalam Rahim di RSUD Syekh Yusuf Gowa tahun 2017.
- g. Dapat mengevaluasi evaluasi asuhan kebidanan pada Ny"E" dengan Kematian Janin Dalam Rahim di RSUD Syekh Yusuf Gowa tahun 2017.
- h. Dapat mendokumentasikan asuhan kebidanan pada Ny"E" dengan Kematian Janin Dalam Rahim di RSUD Syekh Yusuf Gowa tahun 2017.

D. Manfaat Penulisan

1. Manfaat bagi Penulis

Penulis dapat mengaplikasikan ilmu pengetahuan dan pengalaman nyata dalam memberikan asuhan kebidanan pada Ny"E" dengan Kematian Janin Dalam Rahim di RSUD Syekh Yusuf Gowa tahun 2017.

2. Manfaat Institusi

a. Bagi institusi Pendidikan

Meningkatkan proses belajar dan mengajar sebagai bahan masukan atau pertimbangan bagi rekan-rekan mahasiswi kebidanan UIN Alauddin Makassar dan sebagai referensi mahasiswa khususnya dalam pelaksanaan asuhan pada ibu dengan Kematian Janin Dalam Rahim.

b. Bagi instansi Rumah Sakit

Hasil penulisan diharapkan dapat memberikan informasi dan masukan kepada instansi terkait dengan meningkatnya kualitas pelayanan.

E. Metode Penulisan

Metode yang digunakan untuk penulisan karya tulis ilmiah ini adalah sebagai berikut:

1. Studi kepustakaan

Yaitu dengan membaca buku-buku dan literatur yang berhubungan dengan kematian janin dalam rahim.

2. Studi Kasus

Dengan menggunakan pendekatan pemecahan masalah dalam asuhan kebidanan yang meliputi: pengkajian dan analisa data dasar, mengidentifikasi diagnosa/masalah aktual, mengidentifikasi diagnosa/masalah potensial, melakukan tindakan segera dan kolaborasi, menyusun rencana tindakan asuhan kebidanan, melaksanakan tindakan asuhan kebidanan, mengevaluasi asuhan kebidanan, serta mendokumentasikan asuhan kebidanan, untuk menghimpun data dan informasi dalam pengkajian dilakukan dengan menggunakan teknik:

a. Anamnesa

Mengadakan tanya jawab langsung dengan petugas di ruangan intranatal care yang berhubungan dengan masalah kematian janin dalam rahim.

b. Pemeriksaan Fisik

Pemeriksaan fisik dilakukan secara sistematis mulai dari kepala sampai kaki meliputi inspeksi, palpasi, perkusi, dan auskultasi.

- 1) Inspeksi, merupakan proses observasi dengan menggunakan mata, inspeksi dilakukan untuk mendeteksi tanda-tanda fisik yang berhubungan dengan status fisik.
- 2) Palpasi, dilakukan dengan menggunakan sentuhan atau rabaan. Metode ini dilakukan untuk mendeteksi ciri-ciri jaringan atau organ.
- 3) Perkusi adalah metode pemeriksaan dengan cara mengetuk.

- 4) Auskultasi merupakan metode pengkajian yang menggunakan stetoskop untuk memperjelas mendengar denyut jantung, paru-paru, bunyi usus serta untuk mengatur tekanan darah sedangkan lenek digunakan mendengar denyut jantung janin (DJJ).

c. Pengkajian Psikososial

Pengkajian psikososial meliputi pengkajian status emosional, respon terhadap kondisi yang dialami serta pola interaksi klien terhadap keluarga, petugas kesehatan dan lingkungannya.

3. Studi Dokumentasi

Dengan membaca dan mempelajari kasus serta menginterpretasikan data yang berhubungan dengan masalah persalinan ibu, baik dari catatan dokter, bidan, maupun sumber lain yang menunjang.

4. Diskusi

Diskusi dengan tenaga kesehatan yakni dokter, bidan, maupun pembimbing karya tulis ilmiah serta sumber lain yang menunjang.

F. Sistematika Penulisan

Adapun sistematika penulisan yang digunakan untuk menulis karya tulis ilmiah ini terdiri dari lima BAB, yaitu BAB I Pendahuluan terdiri dari latar belakang, ruang lingkup penulisan, tujuan, manfaat, metode, dan sistematika penulisan. BAB II Tinjauan Pustaka terdiri dari beberapa sub bab yaitu, tinjauan tentang kehamilan, tinjauan umum tentang Kematian Janin dalam Rahim, tinjauan umum tentang persalinan, tinjauan islam tentang kehamilan, proses manajemen asuhan kebidanan,

dan pendokumentasian asuhan kebidanan (SOAP). BAB III adalah studi kasus, BAB IV adalah pembahasan dan BAB V adalah penutup kemudian Daftar Pustaka.

Tinjauan umum tentang kehamilan membahas tentang pengertian, perubahan pada organ-organ reproduksi, peningkatan berat badan selama hamil, perkembangan janin, faktor-faktor yang mempengaruhi kehamilan. Tinjauan umum tentang Kematian Janin dalam Rahim membahas mengenai pengertian, etiologi, menetapkan kematian janin dalam rahim, batasan kematian janin, diagnosis kematian janin dalam rahim, komplikasi, pengelolaan kematian janin dalam rahim, pencegahan, pathway dan konsep penatalaksanaan kematian janin dalam rahim. Dalam tinjauan umum tentang kehamilan membahas mengenai pengertian kehamilan, perubahan pada organ reproduksi, peningkatan berat badan selama hamil, perkembangan janin dan faktor-faktor yang memengaruhi kehamilan.

Dalam tinjauan umum tentang persalinan membahas mengenai pengertian persalinan, teori-teori proses terjadinya persalinan, tanda-tanda persalinan, faktor yang mempengaruhi persalinan, mekanisme persalinan, tahapan persalinan (Kala I, II, III, IV), dan tujuan asuhan persalinan. dalam proses manajemen asuhan kebidanan membahas mengenai pengertian dan tahapan dalam manajemen asuhan kebidanan.

Studi kasus dalam BAB III membahas manajemen asuhan 7 langkah Varney dan pendokumentasian dalam bentuk SOAP. Dalam BAB IV membahas tentang pembahasan studi kasus dan BAB V membahas kesimpulan dan saran.

BAB II

TINJAUAN TEORITIS

A. Tinjauan Umum Tentang Kehamilan

1. Pengertian

Menurut Federasi Obstetri dan Ginekologi Internasional, kehamilan didefinisikan sebagai fertilisasi atau penyatuan dari spermatozoa dan ovum dan dilanjutkan dengan nidasi atau implantasi. Bila dihitung dari saat fertilisasi hingga lahirnya bayi, kehamilan normal akan berlangsung dalam waktu 40 minggu atau 10 bulan lunar atau 9 bulan menurut kalender internasional. Kehamilan terbagi dalam tiga semester, dimana trimester kesatu berlangsung dalam 12 minggu, trimester kedua 15 minggu (minggu ke-13 hingga ke-27), dan trimester ketiga 13 minggu (minggu ke-28 hingga ke-40) (Prawirohardjo, 2014:213)

2. Perubahan pada organ-organ reproduksi

a. Uterus

Tumbuh membesar primer, maupun sekunder akibat pertumbuhan isi konsepsi intrauterin. Estrogen menyebabkan hiperplasia jaringan, progesteron berperan untuk elastisitas uterus.

Taksiran kasar pembesaran uterus pada perubahan tinggi fundus:

- 1) Tidak hamil/ normal : sebesar telur ayam (+ 30gram)
- 2) Kehamilan 8 minggu : telur bebek

- 3) Kehamilan 12 minggu : telur angsa
- 4) Kehamilan 16 minggu : pertengahan simfisis-pusat
- 5) Kehamilan 20 minggu : pinggir bawah pusat
- 6) Kehamilan 24 minggu : pinggir atas pusat
- 7) Kehamilan 28 minggu : sepertiga pusat-xyphoideus
- 8) Kehamilan 32 minggu : pertengahan pusat-xyphoideus
- 9) 36-42 minggu : 3 sampai 1 jari bawah xyphoideus

b. Vagina/vulva

Terjadi hipervaskularisasi akibat pengaruh estrogen dan progesteron, warna merah kebiruan (tanda *chadwick*).

c. Ovarium

Sejak kehamilan 16 minggu, fungsi diambil alih oleh plasenta, terutama fungsi produksi progesteron dan estrogen. Selama kehamilan ovarium tenang/beristirahat.

d. Payudara

Akibat pengaruh estrogen terjadi hiperlasia sistem duktus dan jaringan interstisial payudara. Hormon laktogenik plasenta (diantaranya *somatomammotropin*) menyebabkan hipertrofi dan penambahan sel-sel asinus payudara, serta meningkatkan produksi zat-zat kasein, laktoalbumin, laktoglobulin, sel-sel lemak, kolostrum (Sukarni dan Margareth, 2013:66-67).

3. Peningkatan berat badan selama hamil

Normal berat badan meningkat sekitar 6-16 kg, terutama dari pertumbuhan isi konsepsi dan volume berbagai organ/cairan intrauterin. Berat janin +2,5-3,5 kg, berat plasenta +0,5 kg, cairan amnion +1,0 kg, berat uterus +1,0 kg, penambahan volume sirkulasi maternal +1,5 kg, pertumbuhan mammae +1 kg, penumpukan cairan interstisial di pelvis dan ekstremitas +1,0-1,5 kg (Sukarni dan Margareth, 2013:66).

4. Perkembangan janin

1) Pertumbuhan janin

Selama 8 minggu pertama, terminologi embrio digunakan terhadap perkembangan organisme oleh karena pada masa ini semua organ besar sedang dibentuk setelah 8 minggu, terminologi janin digunakan oleh karena sebagian besar organ sudah dibentuk dan telah masuk kedalam tahap pertumbuhan dan perkembangan janin lanjut. Janin dengan berat 500-1000 gram (22-23 minggu) disebut *imature*. Dari minggu 28-36 disebut *preterm* dan janin *atarm* adalah bila usia kehamilan lebih dari 37 minggu.

a) Kehamilan 8 minggu

Panjang 2,1-2,5 cm, berat 1 gram, bagian kepala lebih dari setengah tubuh janin, dapat dikenali lobus hepar, ginjal mulai terbentuk, sel darah merah terdapat pada *yolk sac* dan hepar.

b) Kehamilan 12 minggu

Panjang 7-9 cm, berat 12-15 gram, jari-jari memiliki kuku, genitalia eksterna sudah dapat dibedakan antara laki-laki dan perempuan, volume cairan amnion 30 ml, peristaltik usus sudah terjadi dan memiliki kemampuan menyerap glukosa.

c) Kehamilan 16 minggu

Panjang 14-17 cm, berat 100 gram, terdapat HbF, pembentukan HbA mulai terjadi.

d) Kehamilan 20 minggu

Berat 300 gram, detak jantung dapat terdengar dengan menggunakan stetoskop DeLee, terasa gerakan janin, dan tinggi fundus uteri sekitar umbilikus.

e) Kehamilan 24 minggu

Berat 600 gram, timbunan lemak mulai terjadi, viabilitas mungkin dapat tercapai meski amat jarang terjadi.

f) Kehamilan 28 minggu

Berat 1050 gram, panjang 37 cm, gerakan pernafasan mulai terlihat dan surfaktan paru masih sangat rendah.

g) Kehamilan 32 minggu

Berat 1700 gram, panjang 42 cm. Persalinan pada periode ini 5 dan 6 neonatus dapat bertahan hidup.

h) Kehamilan 36 minggu

Berat 2500 gram, panjang 47 cm, gambaran kulit keriput lenyap dan kemungkinan hidup besar.

i) Kehamilan 40 minggu

Berat 3200-3500 gram, panjang 50cm, diameter biparietal 9,5cm.

2) Nutrisi intrauterin

Pertumbuhan janin ditentukan sejumlah faktor genetik dan lingkungan.

Faktor lingkungan yang penting adalah perfusi plasenta dan fungsi plasenta.

3) Cairan amnion

Volume cairan amnion saat aterm kira-kira 800 ml dan pH 7,2.

Polihidramnion (hidramnion) adalah volume air ketuban >2000 ml, dapat terjadi pada kehamilan normal akan tetapi 50% keadaan ini disertai dengan kelainan pada ibu dan janin. Oligohidramnion secara objektif ditentukan dengan pengukuran kantung terbesar dengan ultrasonografi yang menunjukkan angka kurang dari 2cm x 2cm atau jumlah dari kuadran total kurang dari 5 cm (*amniotic fluid index*). Oligohidramnion sering berkaitan dengan janin kecil, agenesis renal, dan displasia traktus urinarius.

4) Sistem kardiovaskuler

Perubahan mendadak dari kehidupan intrauterin ke ekstrauterin memerlukan penyesuaian sirkulasi neonatus berupa:

a) Pengalihan aliran darah dari paru,

b) Penutupan *ductus arteriosus Bottali* dan *foramen ovale*

c) Obliterasi *ductus venosus Arantii* dan *vasa umbilicalis*

Sirkulasi bayi terdiri dari 3 fase:

- a) Fase *intrauterin* dimana janin sangat tergantung pada plasenta
- b) Fase transisi yang dimulai segera setelah bayi lahir dan tangisan pertama
- c) Fase dewasa yang umumnya berlangsung secara lengkap pada bulan pertama kehidupan (Sukarni dan Margareth, 2013: 72-75).

5. Faktor-faktor yang mempengaruhi kehamilan

a. Faktor fisik

1) Status kesehatan

Ada dua klasifikasi dasar yang berkaitan dengan status kesehatan atau penyakit yang dialami ibu hamil yaitu, penyakit .

a) Penyakit atau komplikasi akibat langsung kehamilan.

Penyakit yang termasuk dalam kategori ini adalah hiperemesis gravidarum, preeklampsia/eklampsia, kelainan lamanya kehamilan, kehamilan ektopik, kelainan plasenta atau selaput janin, perdarahan antepartum.

b) Penyakit atau kelainan yang tidak langsung berhubungan dengan kehamilan.

Kondisi kesehatan sangat penting dalam kehamilan, baik kondisi kesehatan sebelum atau selama kehamilan. Jika seorang wanita hamil memiliki status kesehatan yang tidak baik atau sedang menderita suatu penyakit maka ia perlu mendapatkan pertolongan

medis untuk merencanakan apa saja yang diperlukan dan memutuskan tempat yang aman untuk proses persalinan.

2) Status Gizi

Apabila wanita hamil memiliki status gizi kurang selama kehamilannya maka ia beresiko memiliki bayi dengan kondisi kesehatan yang buruk. Dan wanita dengan status gizi baik akan melahirkan bayi yang sehat. Wanita hamil dengan status gizi kurang memiliki kategori risiko tinggi keguguran, kematian bayi dalam kandungan, kematian bayi baru lahir, cacat dan BBLR.

3) Gaya hidup

a) Merokok

Merokok, mengonsumsi obat-obatan terlarang adalah hal yang sangat berbahaya bagi ibu dan bayinya. Semua benda tersebut dapat terserap dalam darah ibu kemudian terserap dalam darah bayi melalui sistem sirkulasi plasenta selama kehamilan.

b) Terpapar zat kimia berbahaya

Diketahui bahwa beberapa zat yang cukup berbahaya bagi wanita hamil. Zat tersebut sering berkaitan dengan kerusakan pada janin. Untuk ibu hamil perlu melindungi dirinya dan bayinya dari zat berbahaya dengan menghindari lingkungan kerja yang terpapar polusi ataupun tidak menggunakan bahan kimiawi berbahaya.

c) Hamil diluar nikah dan kehamilan yang tidak diinginkan

Dibeberapa golongan masyarakat ada orang-orang yang tidak menghargai ibu-ibu yang tidak bersuami atau hamil diluar nikah. Sehingga akan memengaruhi kejiwaan ibu tersebut selama kehamilan dan menyebabkan ibu tidak mengharapkan kehadiran bayinya dan menolak kehamilannya.

b. Faktor psikologis

1) Stressor Internal dan eksternal

Faktor psikologis yang mempengaruhi kehamilan berasal dari dalam ibu dapat berupa latar belakang kepribadian ibu dan pengaruh perubahan hormonal yang terjadi selama kehamilan. Gangguan emosi baik berupa stress atau depresi yang dialami pada trimester pertama kehamilan akan berpengaruh pada janin, karena pada saat itu janin sedang dalam masa pembentukan. Akan menyebabkan pertumbuhan bayi terhambat atau BBLR.

2) Dukungan keluarga

Bagi pasangan baru, kehamilan merupakan kondisi dari masa anak menjadi orang tua sehingga kehamilan dianggap situasi krisis bagi kehidupan berkeluarga yang dapat diikuti oleh stress dan kecemasan.

3) Dukungan suami

Banyak bukti yang ditunjukkan bahwa wanita yang diperhatikan dan dikasihi oleh pasangannya selama kehamilan akan

menunjukkan lebih sedikit gejala emosi dan fisik, lebih mudah melakukan penyesuaian diri selama kehamilan dan sedikit resiko komplikasi persalinan.

c. Faktor lingkungan, sosial, budaya, ekonomi

Banyak alasan mengapa ibu mengalami kesulitan untuk menjadi sehat terutama ibu hamil, beberapa alasan antara lain karena kemiskinan, kurangnya pelayanan medik, kurang pendidikan dan pengetahuan, termasuk pengaruh sosial budaya, kepercayaan yang merugikan atau membahayakan (Nugroho, dkk, 2014: 67:81)

B. Tinjauan Umum Tentang Kematian Janin Dalam Rahim

1. Pengertian

Kematian janin yang dikemukakan oleh *World Health Organization* (WHO) dan *The American College of Obstetricians and Gynecologists* (ACOG) yang disebut kematian janin adalah janin yang mati dalam rahim dengan berat badan 500 gram atau lebih atau kematian janin dalam rahim pada kehamilan 20 minggu atau lebih. Kematian janin merupakan hasil akhir dari gangguan pertumbuhan janin, gawat janin, atau infeksi (Prawirohardjo, 2014:731). Kematian janin dalam rahim atau *Intra Uterine Fetal Death* (IUFD) adalah kematian hasil konsepsi sebelum dikeluarkan dengan sempurna dari rahim ibunya tanpa memandang tuanya kehamilan (Manuaba, 2014:442).

2. Etiologi

Pada 25-60% kasus penyebab kematian janin tidak jelas. Kematian janin dapat disebabkan oleh faktor maternal, fetal, atau kelainan patologik plasenta (Prawirohardjo, 2014:733)

a. *Faktor maternal* antara lain adalah *post term* (>42 minggu), diabetes melitus tidak terkontrol, sistemik lupus eritematosus, infeksi, hipertensi, preeklampsia, eklampsia, hemoglobinopati, umur ibu tua, penyakit rhesus, ruptura uteri, *antifosfolipid sindrom*, hipotensi akut ibu, kematian ibu.

1) *Post term* (>42 minggu)

Kehamilan *postterm* mempunyai pengaruh terhadap perkembangan janin sampai kematian janin. Pada kehamilan *postterm* terjadi perubahan biokimia, yaitu adanya insufisiensi plasenta menyebabkan protein plasenta dan kadar *Deoxyribonucleid Acid* (DNA) dibawah normal, sedangkan konsentrasi *Ribonucleid Acid* (RNA) meningkat. Transport kalsium tidak terganggu, aliran natrium, kalium, dan glukosa menurun. Pengangkutan bahan dengan berat molekul tinggi seperti asam amino, lemak, dan gama globulin biasanya mengalami gangguan sehingga dapat mengakibatkan gangguan pertumbuhan janin in utero (Prawirohardjo, 2014: 690).

2) Diabetes melitus tidak terkontrol.

Kebutuhan untuk memberikan nutrisi yang adekuat untuk menunjang pertumbuhan dan perkembangan janin menyebabkan perubahan besar pada metabolisme ibu hamil, terutama perubahan metabolisme karbohidrat dan lemak. Diabetes disebabkan oleh tidak ada atau terbatasnya insulin yang merupakan hormon penting untuk metabolisme karbohidrat. Efek diabetes pada janin mencakup abnormalitas kongenital, keguguran, lahir mati yang tidak jelas penyebabnya, kelahiran prematur, dan makrosomia (Bothamley dan Boyle, 2012: 3-18)

3) Sistemik lupus eritematous

Sistemik lupus eritematous atau *Lupus Eritematous Sistemik* (LES) adalah suatu penyakit autoimun jaringan ikat yang mengenai seluruh sistem tubuh dan menimbulkan berbagai macam gejala. Hasil akhir persalinan pada wanita penderita LES umumnya baik, terutama jika penyakit sedang dalam keadaan tenang saat konsepsi. Namun pada beberapa bentuk LES dan jika kerusakan organ utama terlibat dapat terjadi komplikasi kehamilan dan kerusakan organ lebih lanjut yang menghasilkan peningkatan morbiditas dan mortalitas. Kemungkinan komplikasi LES yang terkait dengan kehamilan adalah kematian janin. Kematian janin lebih tinggi pada penderita LES, kemungkinan antara

11-34% terutama terjadi pada trimester kedua dan ketiga (Bothamley dan Boyle, 2012:311-315)

4) Infeksi

Infeksi dikaitkan dengan 10% sampai 25% kelahiran mati di negara maju. Persentase ini jauh lebih tinggi di negara-negara berkembang. Infeksi dapat menyebabkan lahir mati dengan berbagai cara, yaitu termasuk infeksi janin langsung dengan kerusakan pada organ vital, deformasi janin, infeksi plasenta yang menyebabkan gangguan fungsi plasenta, infeksi sistemik maternal berat yang menyebabkan sepsis, dan infeksi yang menyebabkan persalinan prematur dengan kematian janin intrapartum (*Womens Health and Education Center*, 2012)

Sampai 20% kelahiran mati diyakini terkait dengan infeksi, baik karena infeksi janin langsung atau penyakit ibu berat. Infeksi dengan *Treponema pallidum* dapat menyebabkan angka kematian janin 50% di dalam rahim. Patogen lain yang terlibat dalam kelahiran mati termasuk *Escherichia coli*, *Streptococci* kelompok B, *Mycoplasma homini*, *Ureaplasma*, *Gardnerella* dan *Bacteroides spp.* *Toksoplasma gondii*, *leptospirosis* dan *Listeria monocytogenes* kurang umum. Infeksi virus, seperti *parvovirus* dan *cytomegalovirus* (CMV) juga dikaitkan dengan kematian janin (Clinical Advisor, 2016).

Infeksi Kolera selama kehamilan juga beresiko menyebabkan kematian janin. Hasil penelitian yang dilakukan oleh Schillberg dkk tahun 2016, mengemukakan bahwa infeksi kolera selama kehamilan berhubungan dengan tingginya angka kematian janin, terutama pada wanita dengan dehidrasi berat. Kematian janin terjadi pada 141 (15,7%) dari 900 wanita hamil dengan kolera, lebih sering pada wanita <20 tahun, pada trimester ketiga, mencari pengobatan >24 jam setelah onset gejala, dengan berat dehidrasi, atau yang muntah. Sebanyak 64 (45,4%) kematian janin terjadi sebelum masuk (Schillberg, dkk., 2016)

5) Hipertensi, preeklampsia dan eklampsia

Hipertensi dipicu kehamilan (*pregnancy-induced hypertension*, PIH) adalah gangguan dengan etiologi yang tidak diketahui yang khusus pada wanita hamil. Bentuk sindrom yang lebih ringan (*preeklampsia*) ditandai oleh hipertensi, edema menyeluruh dan proteinuria yang terjadi setelah minggu ke-20 kehamilan. Eklampsia, derajat PIH yang paling berbahaya ditandai oleh kejang atau koma, selain tanda dan gejala preeklampsia. Sebagai akibat aliran darah intervilositas yang buruk, pertumbuhan janin terhambat. Kematian janin dapat terjadi karena hipoksia atau asidosis (Benson dan Pernoll, 2013:366-370).

Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan oleh Anjali Choudhary dan Vineeta Gupta tahun 2014, selama masa penelitian terdapat 2164 kelahiran dan 105 adalah kelahiran mati. Sebagian besar kasus IUFD didiagnosis antara 31 sampai 40 minggu kehamilan. Gangguan hipertensi ternyata menyulitkan 28,7% kehamilan, dan 4,2% wanita diabetes (Choudhary dan Gupta, 2014).

Hasil penelitian lain yang dilakukan oleh Patel dkk 2014, mengemukakan dari 1850 total kelahiran selama periode penelitian 80 kejadian IUFD terjadi. Penyebab IUFD yang diidentifikasi terjadi pada 27 (33,7%) kasus PIH dan eklampsia, 10 (12,5%) plasenta abrupsi dan penyebab lain IUFD adalah 9 (11,2%) anemia, 5 (6,2%) oligoamnios, 3 (3,7%) demam, 2 (2,5%) kelainan kongenital, dan 1 (1,2%) penyakit kuning (Patel dkk, 2014).

Penelitian lain yang dilakukan oleh Divya, Ashwini Nayak, dan Asha Swarup tahun 2015, yaitu dari 4103 pengiriman yang terjadi selama periode penelitian, terdapat 120 IUFD (2,9%) dan 52 kasus (43,3%) adalah kasus rujukan. Dari 120 kejadian IUFD, penyebab utama IUFD dalam penelitiannya adalah preeklampsia dengan 25% kasus (n= 30) dan 21,6% kasus (n= 26) tanpa ada penyebab determined (Divya, Vol. 4. No.6, 215).

6) Hemoglobinopati

Hemoglobinopati adalah suatu istilah luas yang digunakan untuk mendeskripsikan berbagai gangguan yang memengaruhi struktur hemoglobin, suatu komponen penting sel darah merah. Hemoglobinopati meliputi thalasemia alfa, thalasemia beta, dan Penyakit Sel Sabit (PSS). Kehamilan pada perempuan penderita anemia sel sabit disertai dengan insiden kematian janin, prematuritas, perdarahan antepartum. Ketika hamil, kemungkinan penderita hemoglobinopati akan mengalami anemia, seperti wanita hamil penderita thalasemia intermedia mungkin mengalami anemia berat selama kehamilan. Anemia berat di kategorikan bila kadar Hb <7 gr% (Bothamley dan Boyle, 2012:129).

Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan oleh Devina Yuristin tahun 2014, tentang hubungan anemia dengan kejadian IUFD yaitu ibu yang anemia mengalami IUFD sebanyak 72,4 %, ibu yang tidak anemia tidak mengalami IUFD sebanyak 51,3 % (Yuristin, 2014). Penelitian lain yang dilakukan oleh Gerungam, Meildy Pascoal, dan Anita Lontaan tahun 2016, mengemukakan dari 226 sampel dengan kejadian IUFD 113 orang menunjukkan untuk umur kadar Hb <11 gr% (anemia) berjumlah 39 orang (34,5 %) dan untuk kadar Hb ≥ 11 gr% (tidak anemia) berjumlah 74 orang (65,5%). Hasil analisis uji Chi-square terhadap hubungan kadar Hb dengan kejadian IUFD didapatkan

nilai p value = 0,010 ($p < 0,05$) artinya terdapat hubungan yang signifikan antara kadar Hb dengan kejadian IUFD (Gerungan, Meildy Pascoal, dan Anita Lontaan, 2016). Hasil penelitian lain yang dilakukan oleh Ani Triana tahun 2012, tentang pengaruh kadar Hb dan paritas dengan kejadian IUFD yaitu ibu yang memiliki kadar Hb < 11 gr% lebih beresiko melahirkan IUFD 3 kali dibandingkan ibu yang memiliki kadar Hb ≥ 11 gr% (Triana, 2012).

7) Usia ibu

Bertambahnya usia ibu, maka terjadi juga perubahan perkembangan dari organ-organ tubuh terutama organ reproduksi dan perubahan emosi atau kejiwaan seorang ibu. Hal ini dapat mempengaruhi kehamilan yang tidak secara langsung dapat mempengaruhi kehidupan janin dalam rahim. Usia reproduksi yang baik untuk seorang ibu hamil adalah usia 20-30 tahun. Pada usia ibu yang masih muda organ-organ reproduksi dan emosi belum cukup matang, hal ini disebabkan adanya kemunduran organ reproduksi secara umum (Prawirohardjo, 2014).

Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan oleh Ahmad Mahyuni, dkk., tahun 2015, kelompok umur ibu yang tidak beresiko (20-30 tahun yaitu sebanyak 52 responden (53,0 %) dengan kejadian IUFD sebagian besar tidak mengalami IUFD yaitu sebanyak 36 responden (36,7 %). Sedangkan pada kelompok umur beresiko (< 20

dan >30 tahun) sebagian besar mengalami IUFD yaitu sebanyak 33 responden (33,7%). Hasil uji statistik dengan menggunakan *chi square* didapatkan hasil p (0,000) dan OR (0,175), artinya ada hubungan yang bermakna antara umur dengan kejadian IUFD di RSUD Dr. H. Moch Ansari Saleh (Mahyuni, dkk, 2015: 27-28).

Penelitian lain yang dilakukan oleh Safarzadeh tahun 2014, mengemukakan bahwa kematian janin dalam rahim telah meningkat pada usia ibu di bawah 20 tahun dan di atas 40 tahun yang menunjukkan perbedaan yang signifikan diantara kelompok lainnya ($P=0,0001$) dan tingkat kejadian IUFD cenderung meningkat secara signifikan pada wanita primipara dan paritas 10 atau lebih (Safarzadeh, 2014:2).

8) Penyakit rhesus

Semua golongan darah digolongkan dalam dua cara. Pertama-tama ada golongan darah ABO yang memungkinkan permutasi empat golongan darah yang berbeda (O, A, B, dan AB), dan kedua ada sistem rhesus yang terdiri atas antigen C, D dan E. Signifikansi sistem penggolongan darah ini adalah untuk menentukan adanya ketidakcocokan antara sel darah merah janin melintasi sirkulasi ibu, sebagaimana yang terjadi selama kehamilan dalam jumlah banyak atau sedikit, dapat mengakibatkan sensitisasi sistem imun ibu terhadap sel darah merah janin yang dianggap sebagai benda asing. Apabila ibu

memiliki rhesus negatif dan bayi memiliki rhesus positif dikaitkan dengan penyakit hemolitik berat pada janin yang dapat mengalami kematian janin (Holmes dan Baker, 2012:118-120).

9) Ruptura uteri

Ruptura uteri adalah keadaan robekan pada rahim dimana telah terjadi hubungan langsung antara rongga amnion dan rongga peritoneum. Ruptura uteri bisa disebabkan oleh anomali atau kerusakan yang telah ada sebelumnya, karena trauma, atau sebagai komplikasi persalinan pada rahim yang masih utuh. Ruptura uteri baik yang terjadi dalam masa hamil atau dalam persalinan merupakan suatu malapetaka besar bagi ibu dan janin yang dikandungnya. Dalam kejadian ini boleh dikatakan sejumlah besar janin atau bahkan hampir tidak ada janin yang dapat diselamatkan, dan sebagian besar ibu meninggal akibat perdarahan atau infeksi atau menderita cacat seumur hidup dan tidak mungkin bisa menjadi hamil kembali karena terpaksa harus mengalami histerektomi (Prawirohardjo, 2014).

10) Sindrom antifosfolipid

Sindrom antifosfolipid merupakan penyakit autoimun yang terutama terjadi pada wanita. Sindrom Antifosfolipid dikaitkan dengan resiko tinggi terjadinya trombosis kehamilan dan lebih tingginya angka kematian janin (Bothamley dan Boyle, 2012).

- b. *Faktor fetal* antara lain adalah hamil kembar, hamil tumbuh terhambat, kelainan kongenital, kelainan genetik, infeksi.

1) Kehamilan kembar

Kesakitan dan kematian ibu jauh lebih tinggi pada kehamilan kembar dibanding kehamilan tunggal. Terdapat peningkatan frekuensi dan tingkat keparahan anemia, peningkatan kejadian infeksi saluran kemih, lebih banyak pre-eklampsia-eklampsia, hidramnion, dan inersia uteri dan kemungkinan perdarahan yang lebih besar (sebelum, selama dan setelah perslianan) (Benson dan Pernoll, 2013:354-355). Kehamilan kembar dapat memberikan resiko yang lebih tinggi terhadap ibu dan janin. Oleh karena itu, dalam menghadapi kehamilan kembar harus dilakukan perawatan antenatal yang intensif (Nugroho, 2012:48)

2) Pertumbuhan janin terhambat atau *Intrauterine Growth Retardation* (IUGR).

Pertumbuhan janin terhambat merupakan suatu entitas penyakit yang membutuhkan perhatian bagi kalangan luas, mengingat dampak yang ditimbulkan jangka pendek berupa resiko kematian 6-10 kali lebih tinggi jika dibandingkan dengan bayi normal. Pertumbuhan janin terhambat ditemukan bila berat janin kurang dari 10% dari berat yang harus dicapai pada usia kehamilan tertentu (Prawirohardjo, 2014). Berdasarkan Penelitian lain yang dilakukan oleh Septerina dkk., tahun 2015, mengemukakan salah satu penyebab IUFD adalah faktor fetal.

Sebagian besar responden (53,8%) tidak terdapat faktor fetal dan 46,2% terdapat faktor fetal. Dilihat dari faktor penyebab fetal 33,3% disebabkan infeksi intranatal, 25% disebabkan hamil tumbuh terhambat (Septerina dkk, 2015).

3) Kelainan kongenital

Saat ini sebagian besar kelainan kongenital dapat diketahui sebelum usia kehamilan 20 minggu. Beberapa pertanda kelainan kongenital yang seringkali dijumpai pada pemeriksaan USG adalah volume cairan amnion yang abnormal (oligohidramnion dan polihidramnion), pertumbuhan janin terhambat, kelainan morfologi bentuk tubuh dan struktur organ janin, ukuran biometri yang abnormal, ukuran plasenta yang abnormal dan aktivitas biofisik janin yang berkurang. Oligohidramnion sering terjadi pada janin yang mengalami kelainan pada saluran kemih dan kelainan kromosom. Bila berlangsung cukup lama, keadaan ini akan menyebabkan kelainan pada janin, seperti hipoplasia toraks dan paru, dan deformitas pada wajah dan skelet (Prawirohardjo, 2014). Berdasarkan hasil penelitian lain yang dilakukan oleh Patel dkk 2014, mengemukakan dari 1850 total kelahiran selama periode penelitian 80 kejadian IUFD terjadi. Penyebab IUFD yang diidentifikasi terjadi pada 27 (33,7%) kasus PIH dan eklampsia, sebanyak (2,5%) kelainan kongenital (Patel dkk, 2014)

4) Infeksi janin

Infeksi janin dan neonatus digolongkan pada infeksi in utero (transplasenta), sewaktu melalui jalan lahir (transmisi vertikal) atau sewaktu masa neonatal. Infeksi in utero disebabkan oleh virus (sitomegalovirus, rubela, varisela, HIV, parovirus), protozoa (toksoplasma gondi), dan bakteri (sifilis kongenital) (Prawirohardjo, 2014).

- c. *Faktor plasental* antara lain kelainan tali pusat, lepasnya plasenta, ketuban pecah dini, vasa previa.
- d. Sedangkan faktor resiko terjadinya kematian janin intrauteri meningkat pada usia ibu >40 tahun, pada ibu infertil, kemokonsentrasi pada ibu, riwayat ibu dengan berat badan lahir rendah, infeksi ibu (*ureplasma urealitikum*).

Berdasarkan laporan dari *National Vital Statistik Reports* tahun 2014, didapatkan lima penyebab yang dipilih menyumbang 90,4% dari kematian janin berdasarkan frekuensi terbanyak yaitu penyebab yang tidak ditentukan, janin yang terkena komplikasi plasenta, tali pusat dan membran, janin yang terkena komplikasi ibu hamil, bawaan malformasi, deformasi dan kelainan kromosom, janin dipengaruhi oleh kondisi ibu yang mungkin tidak berhubungan dengan menyajikan kehamilan (*National Vital Statistik Reports*, 2014).

Penelitian lain yang dilakukan oleh Septerina dkk., tahun 2015, penyebab *intra uterine fetal death* (IUFD), 38,5% terdapat faktor maternal, 46,2% terdapat faktor fetal, 30,8% terdapat faktor plasental. Faktor penyebab maternal 50% disebabkan infeksi, penyebab fetal 33,3% disebabkan infeksi intranatal, penyebab plasental 75% disebabkan kelainan tali pusat (Septerina dkk, Vol.11, No.3, 2015). Berdasarkan hasil penelitian yang dilakukan oleh Sulansi dan Hendrikus Mbira tahun 2013, mengemukakan faktor-faktor yang menyebabkan kejadian IUFD adalah pengaruh kunjungan ANC. Terdapat pengaruh yang signifikan terhadap kejadian IUFD, 36,2 % ANC tidak dilaksanakan sesuai ketentuan yaitu 4x selama kehamilan. ANC berpotensi 5.669 kali dapat menyebabkan IUFD (Sulansi dan Mbira, 2013:394).

3. Menetapkan Kematian Janin dalam Rahim

- a. Pemeriksaan terhadap detak jantung (dengan menggunakan stetoskop *laenek*, alat doppler)
- b. Pemeriksaan terhadap tidak adanya gerak jantung, tulang kepala janin berhimpit, tulang belakang makin melengkung (dengan menggunakan USG).
- c. Pemeriksaan terhadap tulang kepala kepala berhimpit, tulang belakang melengkung, dalam usus dijumpai pembentukan gas (dengan foto ronsen) (Nugroho, 2012:42).

4. Batasan Kematian Janin

Menurut *United States National Center for Health Statistic*, kematian janin dapat dibagi menjadi 4 golongan, yaitu: (Manuaba, 2014: 442; MacDorman dkk, 2013:1)

- a. Kelompok I : kematian janin sebelum kehamilan 20 minggu
- b. Kelompok II : kematian janin pada umur kehamilan 20-28 minggu
- c. Kelompok III : kematian janin pada umur kehamilan lebih dari 28 minggu atau berat badan janin di atas 1000 gram
- d. Kelompok IV : kematian janin yang tidak termasuk tiga golongan diatas.

5. Diagnosis Kematian Janin dalam Rahim

Kematian janin dalam rahim, sering dirasakan mula-mula oleh penderita sendiri berupa hilangnya gerak janin, kehilangan berat badan, perubahan payudara dan hilangnya nafsu makan (Nugroho, 2012:43-45).

Penentuan diagnosis :

- a. Cara sederhana :

- 1) Pengukuran tinggi fundus uteri (TFU)

TFU tidak sesuai dengan umur kehamilan, patut dicurigai adanya kematian janin dalam rahim.

- 2) Gerakan janin dalam rahim

Gerakan janin dapat dirasakan pada kehamilan 18-20 minggu.

3) Denyut jantung janin (DJJ)

Ada tidaknya DJJ merupakan cara mudah menentukan janin hidup/mati. DJJ dapat didengar dengan *stetoskop laenek* (18-20 minggu), Doppler (12 minggu).

b. Pemeriksaan penunjang

1) Pemeriksaan USG bila didapatkan satu atau lebih tanda sebagai berikut.

- a) *Echo discreption* dari *Gestasional Sac* (GS).
- b) Pengurangan penampangan GS dibanding pengukuran yang dibuat 2 minggu terakhir.
- c) Tidak terlihat gerakan janin.
- d) Tidak terlihat denyut jantung janin.
- e) Nampak gambaran *spalding sign* tulang tengkorak.

2) Pemeriksaan radiologi

- a) Angulasi tulang belakang janin.
- b) *Spalding sign* sebagai gambaran tumpang tindih tulang tengkorak janin
- c) Terlihat adanya udara didalam pembuluh darah besar janin 1 sampai 2 hari setelah kematian, disebut *hallo sign*.

3) Pemeriksaan laboratorium (dilakukan bila sarana dan dana memungkinkan)

a) Ibu

(1) Kadar *alfa fetoprotein* (AFP) serum darah ibu.

(a) Kadar AFP tidak hamil (5 µg/ml)

(b) Kehamilan 30 minggu (500 µg/ml)

(c) Nilai AFP yang tinggi merupakan resiko tinggi, hal ini terjadi pada rhesus isoimmunization, gawat janin sampai kematian janin, bila kadar AFP tetap tinggi pada 3x pemeriksaan pertengahan kehamilan, punya resiko kematian janin dalam rahim.

(2) Kadar estriol serum darah ibu/urin 14 jam. Untuk menilai fungsi fetoplasenter.

(a) Bila kadar <12 ug/ ml mungkin terjadi gangguan pertumbuhan janin, ataupun kematian janin dalam rahim.

(b) Penurunan secara cepat sampai 60% atau lebih, menunjukkan insufisiensi plasenta sehingga terjadi hipoksia dan mengakibatkan kematian janin dalam rahim.

b) Janin

(1) Pemeriksaan amnion dengan amniosintesis;

Warna air ketuban normal jernih, bila ternoda mekonium dapat bermacam-macam sehingga akan berwarna hijau, kuning, coklat muda, coklat tua, sampai hitam, dapat pula air ketuban kental, keruh, seperti lumpur sehingga terjadi tanda gawat janin sampai menimbulkan kematian janin dalam rahim.

(2) *Kreatinin fosfokinase*

- (a) Kadar normal dalam cairan amnion 30 ug/ ml
- (b) Pada kematian janin dapat meningkat sampai 1000 ug/ml
- (c) Kenaikan kadar *kreatinin fosfokinase* terjadi pada 4-5 hari kematian janin dalam rahim.

(3) *Alfa fetoprotein* (AFP), kematian janin dalam rahim dapat diduga jika ditemukan:

- (a) Kadar AFP serum maupun cairan amnion menurun sampai 1/100 dari kadar normal.
- (b) Bila kadar AFP maupun cairan amnion tetap tinggi.

(4) Kromosom

Monosami autosom dianggap sebagai penyebab kematian janin.

(5) Amniografi

Air ketuban diperiksa setelah *disentrifuge* dengan spektrofotometer untuk melihat konsentrasi bilirubin dan oksihemoglobin, bila kadar bilirubin sangat tinggi kemungkinan kematian janin dalam waktu 7-10 hari sebesar 56-80 %.

(6) Fetoskopi

Merupakan cara untuk melihat janin dan plasenta secara langsung dengan endoskopi.

6. Komplikasi Kematian Janin dalam Rahim

- a. Trauma emosional yang berat terjadi bila waktu antara janin dan persalinan cukup lama.
- b. Dapat terjadi infeksi bila ketuban pecah.
- c. Dapat terjadi koagulopati bila kematian janin berlangsung lebih dari 2 minggu (Prawirohardjo, 2014:734)

7. Pengelolaan Kematian Janin dalam Rahim

Bila diagnosis kematian janin telah ditegakkan, penderita segera diberi informasi. Diskusikan kemungkinan penyebab dan rencana penatalaksanaannya. Rekomendasikan untuk segera diintervensi. Bila kematian janin lebih dari 3-4 minggu kadar fibrinogen menurun dengan kecenderungan terjadinya koagulopati. Masalah menjadi rumit bila kematian janin pada salah satu dari bayi kembar. Bila diagnosis kematian janin telah

diitegakkan, dilakukan pemeriksaan tanda vital ibu; dilakukan pemeriksaan darah perifer, fungsi pembekuan, dan gula darah. Diberikan KIE pada pasien dan keluarga tentang kemungkinan penyebab kematian janin; rencana tindakan; dukungan mental emosional pada penderita dan keluarga, yakinkan bahwa kemungkinan lahir pervaginam.

Persalinan pervaginam dapat ditunggu lahir spontan setelah 2 minggu, umumnya tanpa komplikasi. Persalinan dapat terjadi secara aktif dengan induksi persalinan dengan oksitosin atau misoprostol. Tindakan perabdominam bila janin letak liintang. Induksi persalinan dapat dikombinasi oksitosin dan misoprostol. Hati-hati pada induksi dengan uterus pascaseksio sesarea ataupun miomektomi, bahaya terjadinya ruptura uteri. Pada kematian janin 24-28 minggu dapat digunakan, misoprostol secara vaginal (50 – 100 µg tiap 4-6 jam) dan induksi oksitosin. Pada kehamilan di atas 28 minggu dosis misoprostol 25µg pervaginam/6 jam. Setelah bayi lahir dilakukan ritual keagamaan merawat mayat bayi bersama keluarga. Idealnya pemeriksaan otopsi atau patologi plasenta akan membantu mengungkap penyebab kematian janin (Prawirohardjo, 2014:734).

8. Pencegahan Kematian Janin dalam Rahim

- a. Periksa kehamilan sekurang-kurangnya 4 kali yaitu 1 kali pada trimester I, 1 kali pada trimester II dan 2 kali pada trimester III. Keadaan yang merupakan tanda bahaya dan perlu segera dilaporkan oleh ibu hamil:

- 1) Perdarahan lewat jalan lahir.
 - 2) Pembengkakan muka, kaki, atau jari kaki.
 - 3) Sakit kepala berat, kaku kuduk terus menerus.
 - 4) Penglihatan kabur
 - 5) Nyeri perut
 - 6) Muntah terus-menerus
 - 7) Demam
 - 8) Keluar cairan banyak lewat jalan lahir
 - 9) Tidak merasakan gerakan janin.
- b. Makanan dengan nilai gizi yang baik

Kekurangan nutrisi dapat menyebabkan anemia, abortus, kematian janin dalam rahim, partus prematurus, inersia uteri, perdarahan pasca persalinan, sepsis, dll.

c. Pemeriksaan serologik

1) Pemeriksaan TORCH

Infeksi yang menyebabkan abnormalitas kongenital diringkas dengan akronim TORCH (toksoplasmosis, rubela, sitomegalovirus, herpes) (Prawirohardjo, 2014). Penyakit TORCH adalah Infeksi intrauterin dapat menyebabkan malformasi kongenital seperti sistem saraf pusat, menyebabkan kelainan neurologis, gangguan penglihatan dan tuli, sebagai tambahan malformasi lainnya, seperti penyakit jantung kongenital. Karena infeksi dengan banyak diagnosa dan

organisme pengobatannya sangat sulit. Hidrosefalus, Intrakranial klasifikasi dan Chorioretinitis adalah gejala spesifik infeksi Toxoplasmosis. Infeksi seperti Toxoplasmosis dapat diobati dengan pirimetamin tapi penggunaannya terbatas karena sifat teratogenik.

Rubella Lesi infeksi blueberry muffin adalah gejala spesifik, Tapi bisa diobati dengan vaksin. Vaksin, pilihan pengobatan dan Alat diagnostik yang canggih untuk penyakit TORCH. Selama Kehamilan semua obat tidak aman sehingga pada saat tindakan pencegahan khusus perawatan harus dilakukan. Hindari Obat yang memiliki aktivitas teratogenik. Setelah kemajuan dalam teknologi molekuler, akan ada lebih banyak vaksin tersedia. Umumnya vaksin aman selama kehamilan (Yadav, Siddhartha Maity dan Sudipta Saha, 2014).

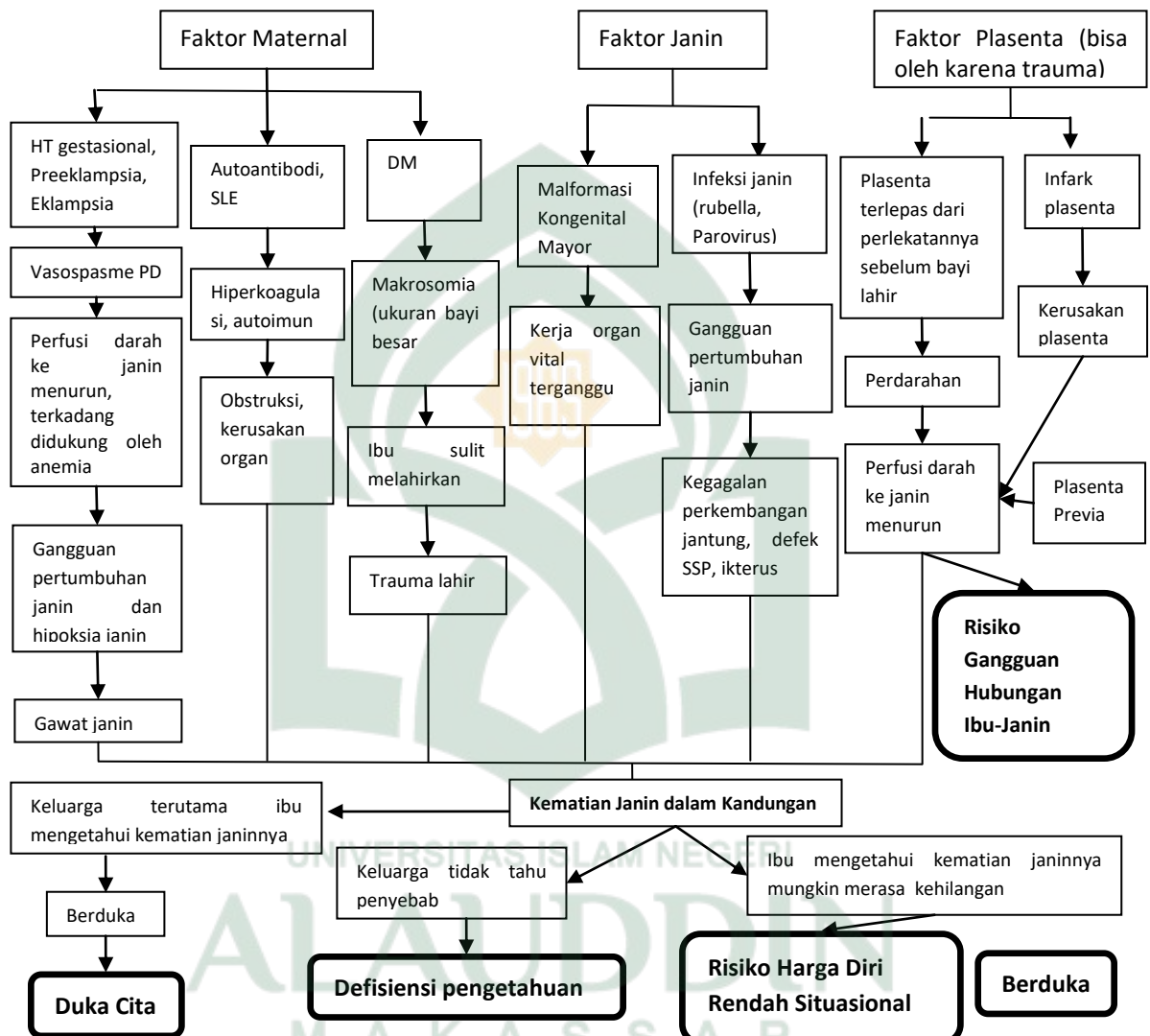
2) Pemeriksaan VDRL dan TPHA.

Uji nontreponemal yang paling sering dilakukan adalah uji VDRL. Pemeriksaan ini digunakan untuk mendeteksi antibodi terhadap antigen yang terdiri dari kardioprotein, kolesterol, dan lesitin yang sudah terstandarisasi. Untuk mendeteksi sifilis maka pemeriksaan dengan metode VDRL mudah dilakukan, cepat dan sangat baik untuk skrining. Uji VDRL dilakukan untuk mengukur antibodi IgM dan IgG terhadap materi lipoidal (bahan yang dihasilkan dari sel host yang rusak) sama halnya seperti lipoprotein, dan mungkin kardioprotein berasal dari treponema.

Antibodi antilipoidal adalah antibodi yang tidak hanya berasal dari sifilis atau penyakit yang disebabkan oleh treponema lainnya, tetapi dapat juga berasal dari hasil respons terhadap penyakit nontreponemal, baik akut ataupun kronik yang menimbulkan kerusakan jaringan (Efrida dan Elvinawaty, 2014).



9. Pathway Kematian Janin Dalam Rahim



Bagan 1.1 (Sumber: <https://scribd.com>)

10. Konsep Penatalaksanaan pada Kematian Janin dalam Rahim

Kematian janin dalam rahim atau kehamilan hasil konsepsi akan dikeluarkan secara spontan, sebagai benda asing. Tetapi sebagian dapat tertinggal dan menimbulkan masalah, diantaranya infeksi atau gangguan pembekuan darah. Infeksi dapat diatasi dengan pemberian antibiotika, antipiretika dan pengeluaran hasil konsepsi. Kematian hasil konsepsi atau kematian janin yang tertinggal lebih dari 6-8 minggu, dapat menimbulkan gangguan pembekuan darah, sehingga bahaya perdarahan akan lebih mengancam jiwa pada waktu tindakan medis dilakukan.

Bahaya perdarahan disebabkan karena menurunnya jumlah fibrinogen dalam darah, yang didahului proses pembekuan darah intravaskuler dan terjadi fibrinolisis dan fibrinogenolisis sebagai akibat diresorpsi tromboplastin, yang berasal dari kerusakan jaringan janin kedalam sirkulasi darah umum ibu. Bila terdapat kerusakan pembuluh darah maka “faktor XII” menjadi aktif karena tersentuh pada jaringan kolagen. Dengan memperhatikan skema proses pembekuan darah intravaskuler dan lisis fibrinogen dan fibrin, maka masalah terjadinya penurunan jumlah fibrinogen seiring dengan semakin lamanya kematian janin dalam rahim dan *missed abortion*, dapat dipahami. Oleh karena bahaya perdarahan merupakan masalah utama, maka persiapan dan pemeriksaan darah pada ibu sangat menentukan.

Persiapan penting adalah :

a. Pemeriksaan darah lengkap

Faal hemostasis harus dalam batas-batas normal, yakni:

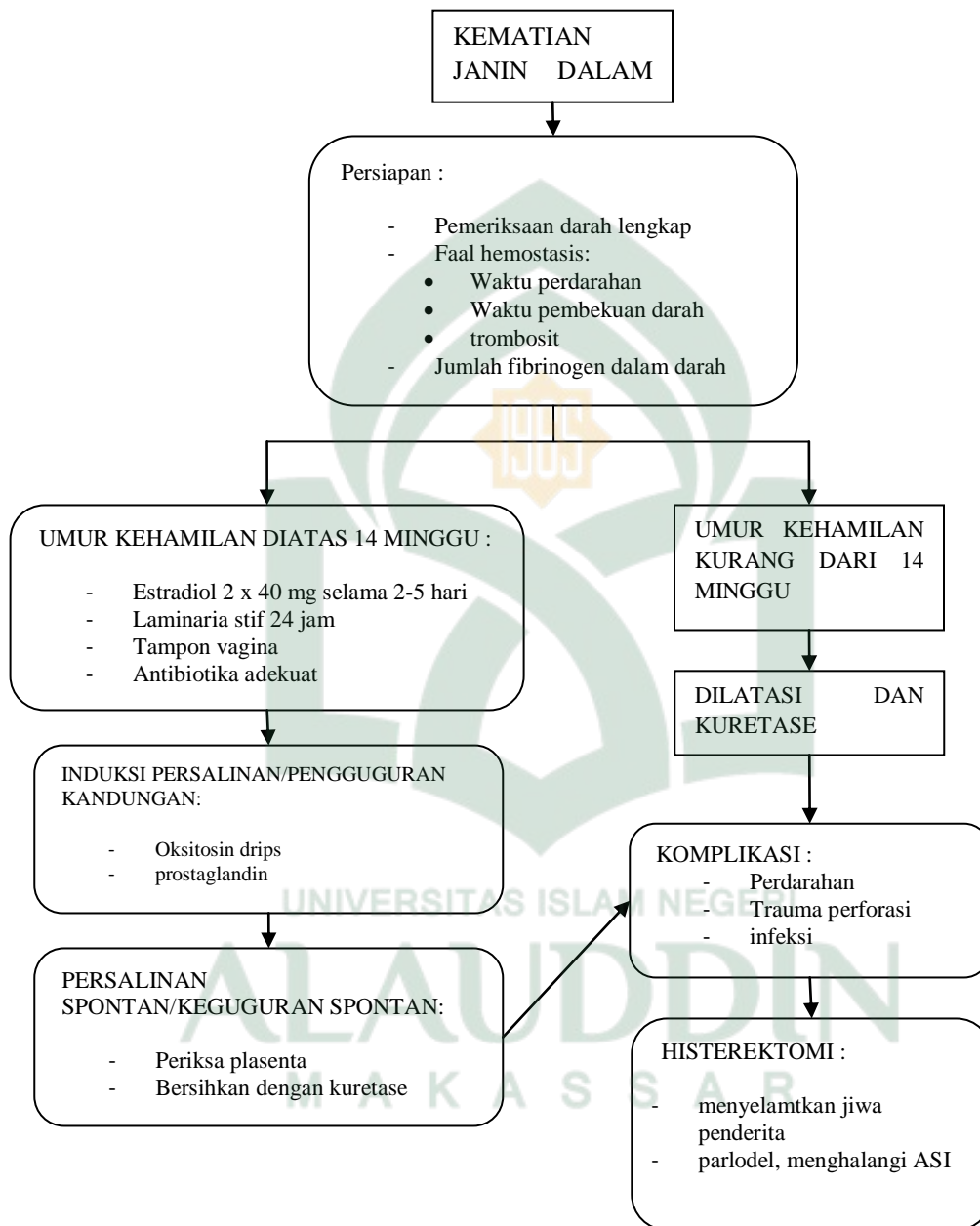
- 1) Waktu pembekuan darah.
- 2) Waktu perdarahan.
- 3) Waktu trombosit.

b. Pemeriksaan jumlah fibrinogen dalam darah

c. Menyediakan darah segar atau fibrinogen.



Skema : Tatalaksana Kematian Janin dalam Rahim



Bagan 1.2 (Sumber: Ida Bagus Gede Manuaba, 2012:327)

Dalam keadaan tertentu dapat dipertimbangkan untuk memberikan:

a. Heparin

Berguna untuk mengurangi terjadinya pembekuan darah intravaskuler. Pemberian heparin dapat dilakukan secara langsung, yaitu intravena atau per infus.

b. Asam aminokaproat

Asam aminokaproat bekerja untuk menghalangi lisis pada fibrin dan fibrinogen, artinya menghalangi kerja plasmin.

c. Fibrinogen

Kadar fibrinogen normal pada ibu hamil 450mg% atau antara 300–700mg %. Apabila jumlahnya sekitar 100 mg % menunjukkan bahwa sudah mulai terjadi gangguan pembekuan darah. Perlu persiapan sekitar 4 gr fibrinogen menjelang pelaksanaan untuk melahirkan janin yang mati dalam rahim atau *missed abortion*.

d. Parlodel

Pada beberapa hari setelah persalian, prolaktin bekerja untuk membentuk ASI, hal ini terjadi sebagai reaksi dari menurunnya hormon plasenta. Untuk mendorong siklus pembentukan ASI dapat diberikan parlodel (bromkriptin) 2x1 tablet selama 5-10 hari (Manuaba, 2012: 328).

Standar Operasional Prosedur Penatalaksanaan IUFD di RSUD Syekh Yusuf

Gowa

PENATALAKSANAAN KEMATIAN JANIN DALAM RAHIM (KJDR)		
No.Dokumen: 04.201.15	No. Revisi : A	Halaman : 1/3

Standar Operasional Prosedur

Tanggal Terbit: 15 Agustus 2015

1. Tujuan

- a. Mencegah terjadinya komplikasi pada ibu
- b. Mencegah terjadinya trauma emosional

2. Prosedur

a. Prosedur Persiapan

Persiapan pasien

- 1) Keluarga diberitahu tentang maksud dan tujuan tindakan yang akan dilakukan
- 2) Lembar informasi
- 3) Inform consent

Persiapan alat

- 1) Lembar informasi
 - 2) Alat-alat observasi sesuai standar
 - 3) Partus pack dan hectng pack
 - 4) APD lengkap
 - 5) Alat-alat untuk pertolongan bayi baru lahir sesuai standar
 - 6) Dokumen rekam medis.
- b. Prosedur pelaksanaan
- 1) Ucapkan salam
 - 2) Lakukan identifikasi
 - 3) Lakukan cuci tangan
 - 4) Pakai APD
 - 5) Siapkan peralatan yang diperlukan
 - 6) Beri dukungan mental pada pasien dan keluarga
 - 7) Jelaskan kondisi kehamilan dan janin saat ini
 - 8) Lakukan pemeriksaan vital sign
 - 9) Lakukan pemerksaan laboratorium darah rutin dan darah lengkap
 - 10) Lakukan pertolongan persalinan dari kolaborasi dengan dokter obgyn
 - 11) Bereskan peralatan
 - 12) Lepas APD
 - 13) Lakukan cuci tangan

- 14) Berikan kesempatan pada pasien dan keluarganya melakukan kegiatan ritual bagi janin yang meninggal dunia
- 15) Catat hasil observasi dan semua tindakan pada dokumentasi rekam medis.

C. Tinjauan Umum Tentang Persalinan

1. Pengertian

Persalinan adalah proses membuka dan menipisnya serviks dan janin turun kedalam jalan lahir. Persalinan dan kelahiran normal adalah proses pengeluaran janin yang terjadi pada kehamilan normal yang terjadi pada kehamilan cukup bulan (37-42 minggu), lahir spontan dengan presentase belakang kepala, tanpa komplikasi baik ibu maupun janin. Persalinan adalah serangkaian kejadian yang berakhir dengan pengeluaran bayi yang cukup bulan disusul dengan pengeluaran plasenta dan selaput janin dari tubuh ibu (Sukarni dan Margareth, 2013:185)

Macam-macam persalinan yaitu:

a. Persalinan spontan

Yaitu persalinan yang berlangsung dengan kekuatan ibu sendiri dan melalui jalan lahir.

b. Persalinan buatan

Yaitu persalinan yang dibantu dari luar misalnya *vaccum ekstraksi*, *forceps*, dan *SC*.

c. Persalinan anjuran

Yaitu terjadi bila bayi sudah cukup besar untuk hidup diluar, tetapi tidak sedemikian besarnya sehingga menimbulkan kesulitan dalam persalinan, misalnya dengan induksi persalinan (Kuswanti dan Melina, 2014:1-2).

2. Teori-teori Proses Terjadinya Persalinan

Menurut Muchtar (1998), Ada beberapa teori yang menyatakan kemungkinan proses persalinan sebagai berikut:

a. Teori Penurunan Hormon

Beberapa hari sebelum partus terjadi penurunan kadar hormon estrogen dan progesteron. Sehingga otot rahim sensitif terhadap oksitosin. Penurunan kadar progesteron pada tingkat tertentu menyebabkan otot rahim mulai kontraksi.

b. Teori Distensi rahim

Rahim yang menjadi besar dan meregang akan menyebabkan iskemia otot-otot rahim sehingga timbul kontraksi untuk mengeluarkan isinya.

c. Teori Plasenta Menjadi Tua

Plasenta yang semakin tua seiring dengan bertambahnya usia kehamilan akan menyebabkan turunnya kadar estrogen dan progesteron, sehingga pembuluh darah mengalami kekejangan dan timbul kontraksi rahim.

d. Teori Iritasi Mekanik

Dibelakang serviks terletak ganglion servikal/fleksus Frankenhauser. Bila ganglion ini digeser dan ditekan atau tertekan kepala janin, maka akan timbul kontraksi rahim.

e. Teori Prostaglandin

Prostaglandin yang dihasilkan oleh desidua menjadi sebab permulaan persalinan karena menyebabkan kontraksi pada miometrium pada setiap umur kehamilan.

f. Indukasi partus

Partus dapat ditimbulkan dengan pemberian oksitosin drips, menurut tetesan perinfus dan pemberian gagang laminaria kedalam kanalis servikalis dengan tujuan merangsang pleksus frankenhauser, sehingga timbul kontraksi dan melakukan amniotomi yaitu pemecahan ketuban. (Kuswanti dan Melina, 2014:1-2, 2014:3-4).

3. Tanda-tanda Persalinan

Sebelum terjadi persalinan sebenarnya beberapa minggu sebelumnya wanita memasuki “bulannya” atau “minggunya” atau “harinya” yang disebut kala pendahuluan (*preparatory stage of labour*). Ini memberikan tanda-tanda sebagai berikut:

- a. *Lightening* atau *setting* atau *dopping* yaitu kepala turun memasuki pintu atas panggul terutama pada primigravida. Pada multipara tidak begitu kentara.

- b. Perut kelihatan lebih melebar, fundus uteri turun.
- c. Perasaan sering atau susah kencing (*polakisuria*) karena kandung kemih tertekan oleh bagian terbawah janin.
- d. Perasaan sakit di perut dan pinggang oleh adanya kontraksi-kontraksi lemah dari uterus, kadang-kadang disebut dengan fase labor *pains*.
- e. Serviks menjadi lembek, mulai mendatar dan sekresinya bertambah, bisa bercampur darah (*bloody show*).

Tanda-tanda inpartu:

- a. Rasa sakit oleh adanya his yang datang lebih kuat, sering dan teratur.
- b. Keluar lendir bercampur darah (*show*) yang lebih banyak karena robekan-robekan kecil pada serviks.
- c. Kadang-kadang ketuba pecah dengan sendirinya.
- d. Pada pemeriksaan dalam, serviks mendatar dan pembukaan telah ada (Kuswanti dan Melina, 2014:9-10).

4. Faktor yang Mempengaruhi Persalinan

- a. *Power* (Kekuatan /tenaga)

Kekuatan yang mendorong janin saat persalinan adalah his, kontraksi otot-otot perut, kontraksi diafragma dan aksi dari ligamen. His adalah kontraksi otot-otot rahim pada persalinan.

b. *Passage* (jalan lahir)

Jalan lahir terdiri atas bagian keras tulang-tulang panggul (rangka panggul) dan bagian lunak (otot-otot, jaringan-jaringan dan ligamen-ligamen).

c. *Passanger* (janin dan plasenta)

Bagian yang paling besar dan keras dari janin adalah kepala janin. Posisi dan besar kepala dapat memengaruhi jalan persalinan. Kepala janin banyak mengalami cedera pada saat persalinan sehingga dapat membahayakan kehidupan janin. Pada persalinan, karena tulang-tulang masih dibatasi fontanel dan sutura yang belum keras, maka pinggir tulang dapat menyisip antara tulang satu dengan tulang yang lain (molase), sehingga kepala bayi bertambah kecil (Kuswanti dan Melina, 2014:11-13)

5. Mekanisme Persalinan

Gerakan utama kepala janin pada proses persalinan:

a. *Engagement*

Pada minggu-minggu akhir kehamilan atau pada saat persalinan dimulai kepala masuk lewat PAP, umumnya dengan presentasi biparietal.

b. *Descent*

Penurunan kepala janin sangat tergantung pada arsitektur pelvis dengan hubungan ukuran kepala dan ukuran pelvis sehingga penurunan kepala berlangsung lambat. Kepala turun kedalam rongga panggul akibat tekanan langsung dari his dari daerah fundus ke arah daerah bokong,

tekanan dari cairan amnion, kontraksi otot dinding perut dan diafragma (mengejan), dan badan janin terjadi ekstensi dan menegang.

c. Flexion

Kepala janin fleksi, dagu menempel ke toraks, posisi kepala berubah dari diameter oksipito-frontalis (puncak kepala) menjadi diameter suboksipito-bregmatikus (belakang kepala). Fleksi terjadi karena anak didorong maju, sebaliknya juga mendapat tekanan dari PAP, serviks, dinding panggul/dasar panggul.

d. Internal rotation

Rotasi interna (putaran paksi dalam) selalu disertai turunnya kepala, putaran ubun-ubun kecil ke arah depan (kebawah simfisis pubis), membawa kepala melewati distantia interspinarum dengan diameter biparietal.

e. Extension

Dengan kontraksi perut yang benar dan adekuat kepala makin turun dan menyebabkan perineum distensi. Pada saat ini puncak kepala berada di simfisis dan dalam keadaan ini kontraksi perut ibu yang kuat mendorong kepala ekspulsi dan melewati introitus vagina.

f. External rotation

Setelah seluruh kepala sudah lahir terjadi putaran kepala keposisi pada saat *engagement*. Dengan demikian bahu depan dan bahu belakang

dilahirkan lebih dahulu dan diikuti dada, perut, bokong dan seluruh tungkai (Sukarni dan Margareth, 2013: 200-205).

6. Tahapan Persalinan (Kala I, II, III, IV)

Tahapan persalinan dibagi menjadi 4 macam yaitu,

a. Kala I

Pada kala I serviks membuka sampai terjadi pembukaan 10 cm. Kala I dinamakan pula kala pembukaan. Dapat dinyatakan partus dimulai bila timbul his dan wanita tersebut mengeluarkan lendir yang bersemu darah disertai pendataran (*effacement*). Lendir bercampur darah berasal dari lendir kanalis servikalis karena serviks mulai membuka dan mendatar. Darah berasal dari pembuluh-pembuluh kapiler yang berada di sekitar kanalis servikalis (kanalis servikalis pecah karena pergeseran-pergeseran ketika serviks membuka).

Proses membukanya serviks dibagi dalam 2 macam:

1) Fase laten

Berlangsung selama 7-8 jam. Pembukaan terjadi sangat lambat sampai mencapai ukuran diameter 3 cm.

2) Fase aktif

Fase ini berlangsung selama 6 jam dan dibagi menjadi 3 macam:

a) Fase akselerasi

Dalam waktu 2 jam pembukaan 3 cm menjadi 4 cm.

b) Fase dilatasi maksimal

Dalam waktu 2 jam pembukaan berlangsung sangat cepat, dari 4 cm menjadi 9 cm.

c) Fase deselerasi

Pembukaan menjadi lambat, dalam waktu 2 jam pembukaan 9 cm menjadi lengkap.

b. Kala II

Kala ini disebut juga kala pengeluaran. Kala ini dimulai dari pembukaan lengkap sampai lahirnya janin. Pada kali ini his menjadi lebih kuat dan lebih cepat kira-kira 2 sampai 3 menit sekali. Pada primigravida kala II berlangsung rata-rata 1,5 jam dan pada multigravida rata-rata 0,5 jam.

c. Kala III

Disebut juga kala uri. Setelah bayi lahir, uterus teraba keras dengan fundus uteri agak diatas pusat. Beberapa menit kemudian uterus berkontraksi lagi untuk melepaskan plasenta dari dindingnya. Biasanya plasenta lepas dalam 6 menit sampai 15 menit setelah bayi lahir dan keluar spontan.

d. Kala IV

Kala IV adalah pengawasan selama 1-2 jam setelah bayi dan uri lahir untuk mengamati keadaan ibu terutama terhadap bahaya perdarahan postpartum (Kuswanti dan Melina, 2014:5-9).

D. Tinjauan Islam Tentang Kehamilan

Dalam Al-Qur'an, Allah Swt menjelaskan dengan sangat rinci tentang proses penciptaan manusia termasuk proses perkembangan janin di dalam kandungan dan Allah Swt. telah menciptakan manusia dalam bentuk yang paling sempurna, dan membentuknya dengan bentuk yang terbaik. Maha Suci Allah, Pencipta yang paling baik. Kelahiran dan kematian merupakan ketetapan Allah yang tidak dapat dirubah lagi.

Allah SWT berfirman dalam berfirman dalam Q.S Al-Hajj/22:5

يَتَأْتِيهَا النَّاسُ إِنْ كُنْتُمْ فِي رَيْبٍ مِّنَ الْبَعْثِ فَإِنَّا خَلَقْنَاكُمْ مِّن تُّرَابٍ ثُمَّ مِّن نُّطْفَةٍ ثُمَّ مِّن عُلَقَةٍ ثُمَّ مِّن مُّضْغَةٍ مُّخَلَّقَةٍ وَغَيْرِ مُخَلَّقَةٍ لِّنُبَيِّنَ لَكُمْ وَنُقَرِّ فِي الْأَرْحَامِ مَا نَشَاءُ إِلَى أَجَلٍ مُّسَمًّى ثُمَّ نُخْرِجُكُمْ طِفْلًا ثُمَّ لَتَبَلِّغُوا أَشَدَّكُمْ وَمِنْكُمْ مَّن يُتَوَفَّى وَمِنْكُمْ مَّن يُرَدُّ إِلَى أَرْدَلِ الْعُمُرِ لِكَيْلَا يَعْلَمَ مِن بَعْدِ عِلْمٍ شَيْئًا وَتَرَى الْأَرْضَ هَامِدَةً فَإِذَا أَنزَلْنَا عَلَيْهَا الْمَاءَ اهْتَزَّتْ وَرَبَتْ وَأَنْبَتَتْ مِن كُلِّ زَوْجٍ بَهِيجٍ ﴿٥﴾

Terjemahnya :

“Hai manusia, jika kamu dalam keraguan tentang kebangkitan (dari kubur), maka (ketahuilah) sesungguhnya Kami telah menjadikan kamu dari tanah, kemudian dari setetes mani, kemudian dari segumpal darah, kemudian dari segumpal daging yang sempurna kejadiannya dan yang tidak sempurna, agar Kami jelaskan kepada kamu dan Kami tetapkan dalam rahim, apa yang Kami kehendaki sampai waktu yang sudah ditentukan, kemudian Kami keluarkan kamu sebagai bayi, kemudian (dengan berangsur-angsur) kamu sampailah kepada kedewasaan, dan diantara kamu ada yang diwafatkan dan (ada pula) di antara kamu yang dipanjangkan umurnya sampai pikun, supaya dia tidak mengetahui lagi

sesuatu pun yang dahulunya telah diketahuinya. Dan kamu lihat bumi ini kering, kemudian apabila telah Kami turunkan air di atasnya, hiduplah bumi itu dan suburlah dan menumbuhkan berbagai macam tumbuh-tumbuhan yang indah (Kementerian Agama RI, Al-Qur'an dan Terjemahannya, 2004).

Ayat ini menyatakan bahwa: Hai semua manusia, seandainya kamu dalam keraguan tentang keniscayaan hari Kebangkitan serta kekuasaan Kami untuk menghidupkan manusia setelah mereka meninggalkan dunia ini, maka camkanlah penjelasan Kami ini: Sesungguhnya kamu tadinya tidak pernah berada di pentas wujud ini, lalu Kami dengan kuasa Kami telah menjadikan kamu, yakni orangtua kamu Adam, dari tanah, kemudian kamu selaku anak cucunya Kami jadikan dari *nutfah* yakni setetes air mani, kemudian setetes mani itu setelah bertemu dengan indung telur berubah menjadi *alaqah* yakni sesuatu yang berdempet di dinding rahim, kemudian 'alaqah itu mengalami proses dalam rahim ibu sehingga menjadi *mudhgah* yakni sesuatu yang berupa sekerat daging kecil, sebesar apa yang dapat dikunyah; ada *mudhgah* yang sempurna kejadiannya sehingga dapat berproses sampai lahir manusia sempurna, dan ada juga yang tidak sempurna kejadiannya.

Ayat diatas melanjutkan setelah perhentian diatas untuk menunjukkan lebih banyak bukti-bukti kekuasaan-Nya dengan menyatakan bahwa telah ditetapkan bagi *mudhgah* yang tidak sempurna kejadiannya itu untuk gugur dan ditetapkan dalam rahim bagi *mudhgah* yang sempurna kejadiannya untuk berlanjut proses kejadiannya sesuai kehendak Allah Swt. dan ditentukan oleh Allah Swt. kelahirannya antara enam dan sembilan bulan lebih, kemudian Kami keluarkan masing-masing kamu dari perut ibu kamu masing-masing sebagai bayi, kemudian dengan berangsur kamu

Kami pelihara agar kamu mencapai masa terkuat kamu, yakni masa puncak kedewasaan dan kekuatan fisik, mental dan pikiran, dan diantara kamu ada yang diwafatkan sebelum mencapai tahap-tahap yang disebut itu dan ada pula diantara kamu ada yang berlanjut usianya sehingga dikembalikan sampai ke umur yang rendah kualitasnya, yakni usia lanjut, dan menjadi pikun hingga akhirnya dia tidak memiliki daya dan dia tidak mengetahui lagi sesuatu pun yang penting bagi kemaslahatan hidup yang dahulu telah diketahuinya. Kami yang menciptakan kamu sekalian demikian itu tidak akan mengalami sedikit kesulitan pun untuk mengembalikan kamu dan semua manusia untuk hidup kembali setelah meninggalkan dunia fana ini (Shihab, 2002).

Adapun yang dimaksud dengan “segumpal daging yang sempurna kejadiannya” (*mukhallaqah*) adalah segumpal daging yang sudah terbentuk didalamnya yang sudah terbentuk di dalamnya organ-organ anggota tubuh. Sedangkan maksud dari “segumpal daging yang tidak sempurna kejadiannya” (*ghair mukhallaqah*) menurut sebagian ahli tafsir dan beberapa dokter kontemporer adalah janin yang gugur atau janin yang mengalami sedikit cacat bawaan. Namun, ada juga yang menafsirkan ungkapan *ghair mukhallaqah* sebagai sel-sel luar yang melingkupi janin dan dikenal dengan sebutan tunggul penutrisi (*al-arumah al mughadzziyyah*). Ia merupakan sekumpulan jaringan/urat yang memiliki fungsi terbatas untuk menggantung di dinding rahim dan memberi makan janin, dan ia bukan bagian dari janin (An-najjar, 2011: 392-393).

Rasulullah Saw bersabda:

عَنْ أَنَسِ بْنِ مَالِكٍ رَضِيَ اللَّهُ عَنْهُ عَنِ النَّبِيِّ صَلَّى اللَّهُ عَلَيْهِ وَسَلَّمَ قَالَ إِنَّ اللَّهَ وَكُلَّ فِي الرَّحِمِ مَلَكًا فَيَقُولُ يَا رَبِّ نُطْفَةٌ يَا رَبِّ عَلَقَةٌ يَا رَبِّ مُضْغَةٌ فَإِذَا أَرَادَ أَنْ يَخْلُقَهَا قَالَ يَا رَبِّ أَذَكَرٌ يَارَبِّ أُنْثَى يَارَبِّ شَقِيٌّ أَمْ سَعِيدٌ فَمَا الرِّزْقُ فَمَا الْأَجَلُ فَيُكْتَبُ كَذَلِكَ فِي بَطْنِ أُمِّهِ

“Dari Anas bin Malik (moga-moga ridha Allah terlimpah atasnya), dari Nabi shallallahu 'alaihi wasallam bersabda: "Sesungguhnya Allah Ta'ala menugaskan satu malaikat dalam rahim seseorang. Malaikat itu berkata; "Wahai Rabb, sekarang baru sperma, wahai Rabb, segumpal darah, wahai Rabb (sekarang jadi) segumpal daging". Maka bila Allah menghendaki menciptakan janin itu, malaikat itu berkata; "Wahai Rabb, laki-laki, wahai Rabb (atau) perempuan, Wahai Rabb sengsara atau bahagia, bagaimana rezekinya, kapan ajalnya. Demikianlah ditulis ketetapanannya selagi berada di dalam perut ibunya" (H.R. Bukhari, Muslim dan al-Imam Ahmad)

Dalam Hadist yang dirawikan oleh Bukhari dan Muslim dan al-Imam Ahmad ini dijelaskan bahwa tidak ada seorang manusia pun yang lepas dari penjagaan Allah swt., sampai bagi tiap-tiap anak dalam kandungan sudah sedia malaikat yang menjaga pertumbuhannya, sejak air segumpal (*nutfah*), sampai darah segumpal (*alaqah*), dan sampai daging segumpal (*mudghah*) dan pertumbuhan selanjutnya, akan jadi atau akan gugur dalam kandungan sudah dalam ilmu dan ketentuan Allah swt. Bahkan celaka atau bahagianya, rezeki atau ajalnya, semua sudah tertentu. Hanya kita manusia yang tidak tahu (Al-Maragi, 1994).

Ayat di atas dijelaskan bahwa dalam penciptaan manusia dari *nutfah* yakni setets mani, kemudian setets mani menjadi *alaqah* yakni sesuatu yang berdempet di dinding rahim kemudian *alaqah* itu mengalami proses menjadi *mudghah* yakni berupa sekerat daging kecil sebesar apa yang dapat dikunyah. Dalam ayat ini

disebutkan bahwa ada *mudhghah* yang sempurna kejadiannya sehingga dapat berproses sampai lahir manusia sempurna, dan ada juga yang tidak sempurna kejadiannya. Makna ayat ini memberikan penjelasan bahwa dalam penciptaan manusia akan ada yang mengalami proses penciptaan yang tidak sempurna. Sebagaimana kehamilan yang berlangsung dengan normal (selama sembilan bulan) dan diharapkan lahir normal, sehat sempurna fisiknya. Atas kehendak Allah Swt. kehamilan bisa berlangsung sebelum sampai pada usia sembilan bulan melainkan kurang ataupun lebih, lahir dengan sehat atau gugur sebelum dilahirkan. Kematian pada seseorang tidak mengenal waktu dan tempat, salah satunya adalah kematian janin sewaktu masih berada di dalam kandungan atau dalam istilah medis sering disebut *Intra Uterine Fetal Death* (IUFD).

Sebagian besar kematian janin berakhir dengan persalinan pervaginam. Ibu dengan kematian janin dalam rahim mungkin kaget ketika mengetahui bahwa dirinya harus melahirkan pervagina. Salah satu tugas menantang bagi bidan adalah mendukung orang tua yang tengah berduka untuk mengambil keputusan penting di saat-saat sulit mereka. Bidan harus menunjukkan sikap peduli, peka, dan tidak menghakimi, serta menyadari makna kehilangan bagi orang tua. Profesional mungkin mengalami tekanan ketika harus memberikan kontrol dan pilihan kepada orang tua apabila keputusan yang mereka ambil berbeda dari keputusan yang mungkin diambil oleh profesional demi kepentingan mereka. Keadaan tersebut mengharuskan bidan bertindak profesional, sebagaimana Allah swt menyukai hambanya yang bekerja dengan profesional.

Rasulullah saw bersabda:

إِنَّ اللَّهَ يُحِبُّ الْعَبْدَ الْمُحْتَزِفَ، وَمَنْ كَدَّ عَلَى عِيَالِهِ كَانَ كَالْمُجَا
هَدٍ فِي سَبِيلِ اللَّهِ عَزَّ وَجَلَّ

“Sesungguhnya Allah suka kepada hamba yang berkarya dan terampil (profesional atau ahli). Barangsiapa bersusah-payah mencari nafkah untuk keluarganya maka dia serupa dengan seorang mujahid di jalan Allah Azza wajalla.” (HR Ahmad)

Setiap kehamilan dan persalinan merupakan suatu proses alamiah yang terjadi pada wanita, akan tetapi masih terdapat kemungkinan untuk berkembang menjadi patologis dan mengalami kematian di dalam rahim. Kematian janin dapat terjadi baik dalam periode antepartum (sebelum persalinan) atau pada periode intrapartum. Salah satu pencegahan kematian janin dalam rahim adalah dengan melakukan kunjungan kehamilan.

Firman Allah Swt. dalam Q.S. Fatir/35: 11

وَاللَّهُ خَلَقَكُمْ مِنْ تُرَابٍ ثُمَّ مِنْ نُطْفَةٍ ثُمَّ جَعَلَكُمْ أَزْوَاجًا وَمَا تَحْمِلُ مِنْ أُنْثَى وَلَا تَضَعُ إِلَّا بِعِلْمِهِ وَمَا يُعَمَّرُ مِنْ مُعَمَّرٍ وَلَا يُنْقَصُ مِنْ عُمُرِهِ إِلَّا فِي كِتَابٍ إِنَّ ذَلِكَ عَلَى اللَّهِ يَسِيرٌ ﴿١١﴾

Terjemahnya:

“...Dan tidak ada seorang perempuan pun mengandung dan tidak (pula) melahirkan melainkan dengan sepengetahuan-Nya. Dan sekali-kali tidak

dipanjangkan umur seorang yang berumur panjang dan tidak pula dikurangi umurnya, melainkan (sudah ditetapkan) dalam Kitab (*Lawh Mahfuz*). Sesungguhnya yang demikian itu bagi Allah adalah mudah” (Kementerian Agama RI, Al-Qur’an dan Terjemahannya, 2004).

Dalam tafsir Al- Misbah, diuraikan tafsir ayat tersebut diatas yaitu: Dan tidak ada seorang pun mengandung janin dan tidak pula melahirkan anak melainkan dengan seizin dan sepengetahuan-Nya. Dan sekali-kali tidak dipanjangkan umur seorang yang berumur panjang dan tidak pula dikurangi umurnya, melainkan tercatat dalam kitab *Lawh Mahfuz* atau pengetahuan Allah Swt. Sesungguhnya yang demikian itu bagi Allah adalah mudah. Kata *yu’ammara* terambil dari kata ‘umur yang biasa juga diterjemahkan usia. Maksudnya menjadikan seorang hidup dengan memakmurkan jiwa dan raga. Ada umur rata-rata yang berlaku setiap generasi atau tempat dan waktu. Siapa yang melampaui umur rata-rata itu dapat dinamai *mu’ammara*, yakni orang yang diperpanjang usianya (Shihab, 2002).

Berdasarkan Q.S Fatir/35:11, tafsir Al-Misbah, Kata *yu’ammara* terambil dari kata ‘umur’ yang biasa juga diterjemahkan usia. Maksudnya menjadikan seorang hidup dengan memakmurkan jiwa dan raga. Ada umur rata-rata yang berlaku setiap generasi atau tempat dan waktu. Siapa yang melampaui umur rata-rata itu dapat dinamai *mu’ammara*, yakni orang yang diperpanjang usianya. Memakmurkan jiwa dan raga termasuk dalam ayat diatas termasuk menjaga kehamilan berlangsung dengan baik sampai bayi lahir sehat. Dibutuhkan peran antara ibu maupun petugas kesehatan khususnya bidan melalui kunjungan ANC, bidan dapat mendeteksi kelainan secara dini, mengobati penyakit yang menyertai kehamilan, pemberian

pendidikan kesehatan, persiapan menghadapi kedaruratan dan persalinan. Kurangnya kunjungan ANC, berpotensi 5.669 kali dapat menyebabkan kematian janin. Setiap ibu hamil dan keluarganya perlu memahami keadaan kedaruratan pada masa kehamilan dan persalinan sehingga dapat segera mencari pertolongan, apabila hal tersebut menimpa pada diri dan keluarganya, sehingga dapat menyelamatkan ibu dan bayinya.

Firman Allah swt dalam Q.S Az- Zumar/39:9

أَمَّنْ هُوَ قَنِتٌ ءَانَاءَ اللَّيْلِ سَاجِدًا وَقَائِمًا يَحْذَرُ الْآخِرَةَ وَيَرْجُوا رَحْمَةَ رَبِّهِ ۗ قُلْ هَلْ يَسْتَوِي الَّذِينَ يَعْلَمُونَ وَالَّذِينَ لَا يَعْلَمُونَ ۚ إِنَّمَا يَتَذَكَّرُ أُولُوا الْأَلْبَابِ ﴿٩﴾

Terjemahnya:

“Apakah orang yang beribadah di waktu-waktu malam dalam keadaan sujud dan berdiri, sedang ia takut kepada akhirat dan mengharapkan rahmat Tuhannya? Katakanlah: ‘Adakah sama orang-orang yang mengetahui dengan orang-orang yang tidak mengetahui?’ Sesungguhnya orang yang dapat menarik pelajaran adalah Ulul Albab” (Kementerian Agama RI, Al-Qur’an dan Terjemahannya, 2004).

Ayat di atas menggambarkan sikap lahir dan batin siapa yang tekun itu. Sikap lahirnya digambarkan oleh kata-kata *sájidan*/sujud dan *qáiman*/berdiri sedang sikap batinnya dilukiskan oleh kalimat *yahdzru al- ákhirata wa yarjû ar- rahmah*/takut kepada akhirat dan mengharakan rahmat tuhannya. Ayat di atas menggarisbawahi rasa takut hanya pada akhirat, sedang rahmat tidak dibatasi dengan akhirat sehingga dapat mencakup rahmat duniawi dan *ukhrawi*. Takut dan mengharapkan menjadikan

seseorang selalu waspada, tetapi tidak berputus asa dan dalam saat yang sama tidak yakin. Keputusan mengundang apatisme, sedang keyakinan penuh dapat mengundang pengabaian persiapan. Seseorang hendaknya selalu waspada sehingga akan selalu meningkatkan ketakwaan, namun tidak pernah kehilangan optimisme dan sangka baik kepada Allah swt. Kata *ya'lamûn* pada ayat di atas ada juga ulama yang memahaminya sebagai kata yang tidak memerlukan objek. Maksudnya, siapa yang memiliki pengetahuan, apa pun pengetahuan itu pasti tidak sama dengan yang tidak memilikinya. Jika di maknai sendiri harus digarisbawahi bahwa ilmu pengetahuan yang dimaksud adalah pengetahuan yang bermanfaat yang menjadikan seseorang mengetahui hakikat sesuatu lalu menyesuaikan diri dan amalnya dengan pengetahuan itu.

Ayat ini mengisyaratkan bahwa siapa yang memiliki pengetahuan pasti tidak sama dengan yang tidak memilkinya. Begitu pula dengan ibu hamil, tingkat pengetahuan dan kewaspadaan ibu hamil yang rajin melakukan kunjungan ANC berbeda dengan ibu yang jarang melakukan kunjungan ANC, melalui kunjungan ANC bidan dapat memberikan edukasi yakni pengetahuan seputar kehamilan ibu dan mendeteksi kelainan-kelainan selama hamil sehingga ibu dapat menjalani kehamilan dengan baik dan lancar sampai bayi lahir sehat dan mencegah terjadinya kemungkinan kematian janin.

Kematian bukanlah hasil yang diharapkan dari kehamilan, mereka tidak hanya harus kehilangan bayi mereka, tetapi juga kehilangan ambisi, harapan, dan mimpi masa depan. Banyak kasus kematian anak yang membuat orang tua depresi hingga

gila. Mereka tidak bisa menerima kenyataan pahit harus kehilangan buah hati tercinta dalam usia yang masih muda. Kematian anak baik saat masih dalam kandungan atau pun setelah tumbuh menjadi balita memang menyakitkan. Namun, orang yang kehilangan dilarang meratapi kepergian sang anak berlarut-larut. Karena dibalik itu semua terdapat hikmah dan termasuk cobaan dari Allah Swt agar kita bersabar menghadapinya. Firman Allah Swt di dalam QS. Al Hadid/57: 22-23

مَا أَصَابَ مِنْ مُصِيبَةٍ فِي الْأَرْضِ وَلَا فِي أَنْفُسِكُمْ إِلَّا فِي كِتَابٍ مِّن قَبْلِ أَنْ نَبْرَأَهَا إِنَّ
 ذَٰلِكَ عَلَى اللَّهِ يَسِيرٌ ﴿٢٢﴾ لِّكَيْلَا تَأْسَوْا عَلَىٰ مَا فَاتَكُمْ وَلَا تَفْرَحُوا بِمَا آتَاكُمْ وَاللَّهُ
 لَا يُحِبُّ كُلَّ مُخْتَالٍ فَخُورٍ ﴿٢٣﴾

Terjemahnya :

“Tiada suatu bencana pun yang menimpa di bumi dan (tidak pula) pada dirimu sendiri melainkan telah tertulis dalam kitab (Lauhul Mahfuzh) sebelum Kami menciptakannya. Sesungguhnya yang demikian itu adalah mudah bagi Allah. (Kami jelaskan yang demikian itu) supaya kamu jangan berduka cita terhadap apa yang luput dari kamu, dan supaya kamu jangan terlalu gembira terhadap apa yang diberikan-Nya kepadamu. Dan Allah tidak menyukai setiap orang yang sombong lagi membanggakan diri” (Kementrian Agama Republik Indonesia, 2004).

M A K A S S A R

E. *Proses Manajemen Asuhan Kebidanan*

1. Pengertian Manajemen Asuhan Kebidanan

Manajemen kebidanan adalah pendekatan yang digunakan oleh bidan dalam menerapkan metode pemecahan masalah secara sistematis, mulai dari pengkajian, analisa data, diagnosa kebidanan, perencanaan, pelaksanaan dan evaluasi (Qadariyah Nur, 2012). Proses manajemen terdiri dari 7 langkah berurutan dimana setiap langkah disempurnakan secara periodik.

2. Tahapan Dalam manajemen Asuhan Kebidanan

Varney mengatakan bahwa seorn Bidan perlu lebih kritis melakukan analisis dalam menerapkan manajemen untuk mengantisipasi diagnosis dan masalah potensial.

Adapun tujuh langkah manajemen kebidanan menurut Helen Varneys adalah:

a. Identifikasi Data Dasar

Pada langkah pertama ini dilakukan pengkajian dengan mengumpulkan semua data yang diperlukan untuk evaluasi keadaan secara lengkap, menyeluruh dan focus yaitu menanyakan riwayat kesehatan. Untuk memperoleh data dilakukan dengan cara :

- 1) Anamnese meliputi: melakukan tanya jawab untuk memperoleh data meliputi: riwayat kesehatan, riwayat reproduksi: riwayat haid, riwayat obstetri, riwayat kehamilan, persalinan dan nifas, riwayat ginekologi, riwayat KB, riwayat pemenuhan kebutuhan dasar, data social ekonomi

dan psikologi. Hilangnya gerakan janin umumnya akan dikeluarkan oleh ibu dengan kematian janin dalam rahim. Ibu akan mengeluh mengalami penurunan berat badan dan perubahan perut yang mengecil dan terasa seperti mengeras. Penyebab lain kematian janin dalam rahim disebabkan karena adanya infeksi yang diderita oleh ibu, ibu dengan diabetes dan terdapat kelainan kongenital. Kebanyakan penyakit infeksi pada ibu hamil terjadi mengenai saluran nafas bagian atas dan saluran cerna, sehingga terdapat organisme yang ikut dalam peredaran darah yang menyebabkan terjadinya infeksi pada janin dari sirkulasi darah ibu ke janin melalui plasenta. Akibat dari infeksi pada janin akan menyebabkan gangguan dari pertumbuhan dan perkembangan janin. Risiko yang fatal terjadi akibat infeksi adalah kematian janin.

Pada Ibu dengan penderita diabetes melitus, sering mengalami komplikasi selama kehamilan baik ibu maupun janinnya. Kadar gula darah yang tinggi perikonsepsi dapat berpengaruh terhadap organ janin yang sedang tumbuh. Akibat dari kegagalan transport oksigen yang disebabkan edema vili yang diinduksi tekanan osmotik yang tinggi dari hiperglikemia dan memang sering terjadi pada makrosomia dan hidramnion. Penyebab lain adanya kelainan kongenital seperti *hidrops fetalis*, yakni akumulasi cairan dalam tubuh janin. Jika akumulasi cairan terjadi dalam rongga dada bisa menyebabkan hambatan nafas bayi. Kerja jantung menjadi sangat

berat akibat dari banyaknya cairan dalam jantung sehingga tubuh bayi mengalami pembengkakan atau kelainan pada paru-parunya.

- 2) Pemeriksaan fisik meliputi: keadaan umum klien, tanda-tanda vital dan pemeriksaan fisik dilakukan secara inspeksi, palpasi dan dilakukan pemeriksaan penunjang bila perlu. Pada Pemeriksaan palpasi abdomen akan ditemukan pembesaran uterus atau TFU tidak sesuai dengan umur kehamilan dan DJJ tidak terdengar dengan stetoskop *laenek* dan *Doppler*. Berdasarkan teori DJJ sudah dapat didengar pada kehamilan 18-20 minggu. Jika dilakukan pemeriksaan USG maka akan ditemukan tidak adanya gerak jantung, tidak terlihat gerakan janin, nampak gambaran *spalding sign* tulang tengkorak dan tulang belakang makin melengkung. Jika dilakukan pemeriksaan radiologi ditemukan *Spalding sign* sebagai gambaran tumpang tindih tulang tengkorak janin, namun jika kematian janin berlangsung 1-2 hari, maka akan terlihat udara didalam pembuluh darah besar yang disebut *hallo sign*.

Pada pemeriksaan laboratorium, akan ditemukan nilai *alfa fetoprotein* yang tinggi untuk 3x pemeriksaan pertengahan kehamilan, dan bila kadar estradiol darah ibu $<12 \mu\text{g/ml}$ kemungkinan terjadi gangguan pertumbuhan janin atau kematian janin dalam rahim. Pada pemeriksaan amnion dengan amniosintesis, akan ditemukan warna lain dari air ketuban bila terdapat mekonium sebab warna air ketuban normal adalah jernih, dapat pula air ketuban kental, keruh seperti

lumpur, kadar *kreatinin fosfokinase* meningkat sampai 1000 $\mu\text{g/ml}$ (kadar normal adalah 30 $\mu\text{g/ml}$ dalam cairan amnion). Kenaikan *kreatinin fosfokinase* terjadi pada 4-5 hari kematian janin dalam rahim. Pemeriksaan lain seperti amniografi dilakukan untuk melihat konsentrasi bilirubin dan oksihemoglobin, maka akan ditemukan kadar bilirubin yang sangat tinggi. Kenaikan bilirubin terjadi pada 7-10 hari kematian janin dalam rahim.

b. Identifikasi Diagnosa atau Masalah Aktual

Pada langkah ini identifikasi yang benar terhadap diagnosa atau masalah kebutuhan klien berdasarkan interpretasi atas data yang dikumpulkan. Data dasar yang sudah dikumpulkan diinterpretasikan sehingga ditemukan masalah dan diagnosa. Keduanya digunakan karena beberapa masalah diagnosa tidak dapat terselesaikan, tetapi sudah membutuhkan penanganan yang dituangkan dalam sebuah rencana asuhan terhadap klien.

Kematian janin dalam rahim merupakan masalah yang dialami Ibu yang ditetapkan berdasarkan data dasar yang telah dikumpulkan dari data subjektif dan objektif. Diagnosis KJDR ditetapkan jika didapatkan hasil pada beberapa pemeriksaan seperti pada pemeriksaan abdomen ditemukan pembesaran uterus atau TFU tidak sesuai dengan umur kehamilan dan DJJ tidak terdengar dengan stetoskop *laenek* dan *Doppler*. Hasil USG ditemukan tidak adanya gerakan janin, tidak terlihat gerak jantung dan

tampak gambaran *Spalding sign* tulang tengkorak dan tulang belakang makin melengkung. Hasil pemeriksaan radiologi ditemukan *Spalding sign* sebagai gambaran tumpang tindih tulang tengkorak janin dan akan terlihat udara didalam pembuluh darah besar yang disebut *hallo sign*, sehingga dapat ditegakkan diagnosis kematian janin dalam rahim dengan pasti.

Hasil pemeriksaan laboratorium pada darah ibu akan ditemukan nilai alfa fetoprotein yang tinggi untuk 3x pemeriksaan pertengahan kehamilan, dan bila kadar estradiol darah ibu $<12 \mu\text{g/ml}$ kemungkinan terjadi gangguan pertumbuhan janin atau kematian janin dalam rahim. Pada pemeriksaan amnion dengan amniosintesis, akan ditemukan warna lain dari air ketuban bila terdapat mekonium sebab warna air ketuban normal adalah jernih, air ketuban kental, keruh seperti lumpur, kadar kreatinin fosfokinase meningkat sampai $1000 \mu\text{g/ml}$ (kadar normal adalah $30 \mu\text{g/ml}$ dalam cairan amnion). Hasil pemeriksaan amniografi akan ditemukan kadar bilirubin yang sangat tinggi. Kenaikan bilirubin terjadi pada 7-10 hari kematian janin dalam rahim.

c. Identifikasi Masalah Potensial

Pada langkah ini kita mengidentifikasi masalah atau diagnosa potensial lain, yang berdasarkan rangkaian masalah dan diagnosa yang sudah diidentifikasi. Langkah ini membutuhkan antisipasi bila memungkinkan dilakukan pencegahan, sambil mengamati klien, bidan diharapkan dapat bersiap-siap bila diagnosa/masalah potensial ini benar-

benar terjadi dilakukan asuhan yang aman. Ibu dengan kematian janin dalam rahim berpotensi mengalami trauma yang berat bila waktu antara janin dan persalinan cukup lama, kemungkinan terjadi infeksi bila ketuban telah pecah, dan terjadi koagulopati bila kematian janin berlangsung lebih dari 2 minggu.

Kejadian traumatik psikologis lebih lanjut terjadi dari selang waktu lebih dari 24 jam antara diagnosis kematian janin, induksi persalinan, tidak melihat bayinya selama yang dia inginkan, dan apabila ia tidak memiliki barang kenangan. Wanita yang mengalami kelahiran mati beresiko lebih besar mengalami depresi postpartum dan harus dipantau secara cermat. Infeksi terjadi bila ketuban pecah, maka akan memungkinkan masuknya kuman melalui jalan lahir. Kematian hasil konsepsi yang tertinggal lebih dari 6-8 minggu dapat menimbulkan gangguan pembekuan darah, sehingga bahaya perdarahan akan lebih mengancam jiwa pada waktu tindakan medis dilaksanakan. Bahaya perdarahan disebabkan karena menurunnya jumlah fibrinogen dalam darah, yang didahului proses pembekuan darah intravaskuler dan terjadi fibrinolisis dan fibrinogenolisis sebagai akibat diresorpsi tromboplastin, yang berasal dari kerusakan jaringan janin ke dalam sirkulasi darah umum ibu.

d. Identifikasi Tindakan Segera/ Kolaborasi

Merupakan tindakan segera terhadap kondisi yang diperkirakan akan membahayakan klien. Tindakan ini dilaksanakan secara kolaborasi dan rujukan sesuai dengan kondisi klien. Pada kasus kematian janin dalam rahim, jika ibu mengalami infeksi, maka tindakan yang dilakukan adalah dengan pemberian antibiotika, antipiretika dan pengeluaran hasil konsepsi. Jika dicurigai terjadi gangguan pembekuan darah maka tindakan yang dilakukan adalah mempersiapkan dan melakukan pemeriksaan darah pada ibu yakni pemeriksaan darah lengkap untuk melihat waktu pembekuan darah, waktu perdarahan, dan waktu trombosit. Tindakan selanjutnya adalah dengan pengeluaran hasil konsepsi dan kuretase.

Kolaborasi dokter dilakukan dalam keadaan tertentu dapat dipertimbangkan dilakukan pemberian heparin untuk mengurangi terjadinya pembekuan darah, pemberian asam aminokaproat untuk menghalangi lisis pada fibrin dan fibrinogen, bila kadar fibrinogen sekitar 100 mg% menunjukkan bahwa sudah mulai terjadi gangguan pembekuan darah maka perlu persiapan pemberian fibrinogen.

e. Rencana Tindakan Asuhan yang menyeluruh

Rencana untuk pemecahan masalah dibagi menjadi tujuan, rencana pelaksanaan dan evaluasi. Rencana ini disusun berdasarkan kondisi klien (diagnosa, masalah dan diagnosa potensial) berkaitan dengan semua aspek asuhan kebidanan. Rencana dibuat harus rasional dan benar-benar valid

berdasarkan pengetahuan dan teori yang up to date serta evidence terkini serta sesuai dengan asumsi tentang apa yang akan dilakukan klien. Rencana yang diberikan pada kasus kematian janin dalam rahim disesuaikan dengan kondisi yang dialami ibu. Janin yang mati dalam rahim sebaiknya segera dikeluarkan secara lahir spontan dan persalinan anjuran.

Adapun rencana penatalaksana yang akan dilakukan setelah diagnosa kematian janin ditegakkan berdasarkan hasil pemeriksaan dan kondisi yang dialami ibu adalah dengan memberitahu ibu hasil pemeriksaan, memberikan konseling kepada ibu dan keluarga mengenai kematian janin, meminta persetujuan dan *informed consent* tindakan yang akan dilakukan, memberikan dukungan psikologis kepada ibu dan keluarga, berkolaborasi dengan dokter spesialis *obgyn* untuk memberikan terapi dan tindakan untuk terminasi kehamilan.

Persiapan pertama yang dilakukan setelah diagnosa ditegakkan adalah pemeriksaan darah lengkap, pemberian antibiotik, pemberian cytotec sesuai indikasi dokter untuk pematangan serviks dan pengeluaran janin secara spontan. Setelah pengeluaran janin dilakukan, kemungkinan sebagian dapat tertinggal dan menimbulkan masalah, diantaranya infeksi atau gangguan pembekuan darah. Infeksi dapat diatasi dengan pemberian antibioika, antipiretika dan pengeluaran hasil konsepsi.

f. Pelaksanaan (Implementasi)

Melaksanakan rencana tindakan serta efisiensi dan menjamin rasa aman klien. Implementasi dapat dikerjakan keseluruhan oleh bidan, klien, keluarga klien, dokter ataupun tenaga kesehatan lainnya. Bidan harus melaksanakan implementasi yang efisien terhadap waktu, biaya dan kualitas pelayanan. Pada kasus kematian janin dalam rahim yang dialami Ibu, dilaksanakan pengeluaran hasil konsepsi secara spontan. Pada kasus kematian janin dalam rahim, setelah diagnosa ditegakkan maka dapat dilakukan terminasi kehamilan dengan induksi persalinan dengan oksitosin atau prostaglandin dan pematangan serviks dengan batang laminaria atau kateter *folley*. Ibu yang meninggal bayinya dalam rahim mungkin akan kaget ketika mengetahui bahwa ia harus melahirkan per vagina. Perlunya mendiskusikan alasan ibu dan kekhawatiran ibu sehingga ibu menyadari dan menerima kematian bayinya.

g. Evaluasi

Kegiatan evaluasi ini dilakukan untuk mengevaluasi keefektifan asuhan yang diberikan. Hasil evaluasi dapat menjadi data dasar untuk menegakkan diagnosa dan rencana selanjutnya. Yang di evaluasi adalah apakah diagnosa sesuai, rencana asuhan efektif, masalah teratasi, masalah telah berkurang, timbul masalah baru, dan kebutuhan telah terpenuhi.

F. Pendokumentasian Asuhan Kebidanan (SOAP)

Metode 4 langkah pendokumentasian yang disebut SOAP ini dijadikan proses pemikiran piñatalaksanaan kebidanan dipakai untuk mendokumentasikan hasil pemeriksaan klien dalam rekaman medis sebagai catatan perkembangan kemajuan yaitu:

1. Subjektif (S)

Merupakan ringkasan dari langkah I dalam proses manajemen asuhan kebidanan yang diperoleh dari apa yang dikatakan, disampaikan dan dikeluhkan oleh klien melalui anamnese dengan klien.

2. Objektif (O)

Merupakan ringkasan dari langkah I dalam proses manajemen asuhan kebidanan yang diperoleh melalui inspeksi, palpasi, auskultasi, perkusi dan dari hasil pemeriksaan penunjang.

3. Assesment (A)

Merupakan ringkasan dari langkah II, III dan IV dalam proses manajemen asuhan kebidanan dimana dibuat kesimpulan berdasarkan dari data subjektif dan objektif sebagai hasil pengambilan keputusan klinis terhadap klien.

4. Planning (P)

Merupakan ringkasan dari langkah V, VI dan VII dalam proses manajemen asuhan kebidanan dimana planning ini dilakukan berdasarkan

hasil kesimpulan dan evaluasi terhadap keputusan klien yang diambil dalam rangka mengatasi masalah klien dan memenuhi kebutuhan klien

Pendokumentasian SOAP ini dilakukan pada asuhan persalinan Kala I-IV pada ibu dengan kematian janin dalam rahim.



BAB III

STUDI KASUS

MANAJEMEN ASUHAN KEBIDANAN PADA NY “E” DENGAN KEMATIAN JANIN DALAM RAHIM DI RSUD SYEKH YUSUF GOWA TANGGAL 04 Mei 2017

No register : 47xx xx xx
Tanggal masuk : 04 Mei 2017, pukul 11.10 wita
Tanggal pengkajian : 04 Mei 2017, pukul 11.10 wita
Nama pengkajian : Besse Ramlah

A. LANGKAH I IDENTIFIKASI DATA DASAR

1. Identitas istri/suami

Nama : Ny’’ E’’/ Tn’’ A’’

Umur : 17 tahun/ 19 tahun

Nikah/lamanya : 1x/± 1 tahun

Suku : Makassar/Makassar

Agama : Islam/ islam

Pendidikan : SMP/ SMA

Pekerjaan : IRT/B.harian

Alamat : Jl. Baji areng, Panggentungan

2. Data biologis/fisiologis

- a. Keluhan utama : Ibu datang ke RSUD Syekh Yusuf Gowa dengan keluhan tidak merasakan pergerakan janin sejak kemarin. Keluhan ini disertai dengan nyeri perut bagian bawah .

- b. Riwayat keluhan utama

Ibu tidak lagi merasakan pergerakan janin sejak kemarin pagi. Keluhan ini disertai nyeri perut bagian bawah pada seluruh perut tembus belakang seperti ingin melahirkan. Sekitar pukul 20.00 wita, ibu merasa perut mengeras. Ibu merasa cemas dengan keadaan bayinya

- c. Riwayat kehamilan sekarang

- 1) Ibu mengatakan ini merupakan kehamilan yang pertama
- 2) Ibu mengatakan haid terakhirnya pada pertengahan bulan Oktober 2016 dan ibu tidak mengingat tanggalnya.
- 3) Ibu mengatakan usia kehamilan ± 6 bulan
- 4) Pergerakan janin pertama dirasakan pada usia kehamilan ± 5 bulan yakni saat bulan April
- 5) Ibu mengatakan pergerakan janinnya terutama dirasakan pada perut sebelah kanan
- 6) Ibu melakukan kunjungan ANC sebanyak 2x dan mendapatkan imunisasi TT 2x,

Kunjungan I tanggal 07-02-2017, tidak ada keluhan, berat badan 48,5 kg, mendapat imunisasi TT I.

Kunjungan II tanggal 06-03-2017, keluhan ibu yakni sakit dada dan pusing, berat badan 52,5 kg dan mendapat imunisasi TT II.

- 7) Ibu mengatakan pernah memeriksakan kehamilan pada bulan Februari di dokter kandungan. Dilakukan USG oleh dokter, hasil pemeriksaan dokter mengatakan bahwa terdapat kelainan terhadap janinnya yakni dibagian otak dan dokter memperkirakan bahwa janin tidak akan mampu bertahan hidup lebih lama.
- 8) Ibu mengatakan selama hamil mengonsumsi tablet penambah darah.

d. Riwayat menstruasi

Haid pertama ibu saat usia 14 tahun, siklus haid biasanya 28-30 hari, haid dialami selama 3 hari dan nyeri pada saat haid, banyaknya darah haid kira-kira 2 – 3 pembalut/hari

e. Riwayat kesehatan yang lalu

Ibu tidak memiliki riwayat penyakit hipertensi, asma, jantung dan diabetes. Ibu mengatakan pernah mengalami muntah dan BAB terus menerus dan masuk ke RS Haji Makassar pada tanggal 29 April 2017. Ibu dirawat ± 3 hari. Ibu sudah membaik dan keluar dari rumah sakit pada tanggal 02 Mei 2017.

f. Riwayat kesehatan keluarga

Dalam keluarga, tidak ada yang memiliki riwayat penyakit seperti hipertensi, asma, jantung dan DM. Tidak ada riwayat kehamilan kembar baik dari pihak ibu maupun suami.

g. Riwayat sosial budaya

Ini merupakan pernikahan yang pertama, keluarga sangat mendukung kehamilan ibu dan sangat diharapkan terutama suami. Pengambilan keputusan dalam keluarga adalah suami. Ibu merasa cemas dengan keadaan bayinya dan selalu menanyakan bagaimana keadaannya.

h. Riwayat fungsi kesehatan

1) Nutrisi

Ibu mengatakan sebelum hamil makan 3x sehari, minum 4-5 gelas/hari, komposisi nasi, sayur, dan lauk, sedangkan selama hamil makan 3x/hari dengan porsi lebih banyak daripada sebelum hamil, komposisi nasi, sayur, lauk, minum 6-7 gelas/hari.

2) Eliminasi

Ibu mengatakan sebelum dan selama hamil selalu lancar buang air besar 1x/hari dengan konsistensi lembek warna kuning, sedangkan buang air kecil sebelum hamil antara 3-4x/hari dan selama hamil 5-6x/hari warna kuning jernih.

3) Istirahat/tidur

Ibu mengatakan sebelum dan selama hamil jarang tidur siang, dan tidur malam 7-8 jam /hari dan tidak ada keluhan.

4) Aktivitas

Ibu mengatakan sebelum hamil dan selama hamil tetap melakukan pekerjaan rumah tangga seperti mencuci, menyapu, mengepel, memasak, dll.

5) Aktivitas seksual

Ibu mengatakan melakukan hubungan seksual 2 minggu yang lalu.

6) Personal hygiene

Ibu mengatakan sebelum dan selama hamil selalu mandi 2x/hari, menggosok gigi, mencuci rambut 2 hari sekali dan ganti baju setiap selesai mandi sore.

7) Perilaku kesehatan

Ibu mengatakan sebelum dan selama hamil tidak pernah merokok dan minum-minuman beralkohol.

3. Data Objektif

a. Pemeriksaan fisik umum

- 1) Keadaan umum ibu baik
- 2) Kesadaran komposmentis
- 3) Pemeriksaan tanda-tanda vital

Tekanan Darah : 110/ 70 mmHg

Nadi : 80 x/i

Suhu : 36, 7°C

Pernapasan : 20 x/i

4) TB : 151 cm

5) Lila : 25,5 cm

6) BB sebelum hamil : 39 kg, BB sekarang : 50 kg

b. Pemeriksaan fisik (data fokus)

1) Wajah

Inspeksi : tidak ada pembengkakan, ekspresi wajah tampak cemas, tidak tenang dan meringis menahan sakit

Palpasi : tidak ada edema

2) Mata

Inspeksi : konjungtiva merah muda, sklera tidak ikterus

3) Mulut

Inspeksi : bibir tidak pucat

4) Leher

Inspeksi : tidak ada pembengkakan

Palpasi : tidak ada pembesaran pada kelenjari tiroid, limfe dan vena jugularis

5) Payudara

Inspeksi : simetris kiri dan kanan, puting susu menonjol dan hiperpigmentasi pada areola mammae

Palpasi : tidak ada benjolan, massa dan nyeri tekan

6) Abdomen

Inspeksi : tidak ada bekas luka operasi, tampak linea nigra dan striae livide

Palpasi : tidak ada nyeri tekan

Leopold I : setinggi pusat, 22 cm, teraba bokong

Leopold II : Pu-ki

Leopold III : kepala

Leopold IV : BAP

Lingkar perut : 80 cm

TBJ : $TFU \times LP = 22 \times 80 = 1760$ gram

Auskultasi : DJJ tidak terdengar

7) Genitalia

Inspeksi : tidak ada kelainan, tidak ada pengeluaran lendir dan darah

Palpasi : tidak ada edema

8) Ekstremitas

Inspeksi : tidak ada varises

Palpasi : tidak ada edema

c. Pemeriksaan dalam jam 11. 15 wita

Vulva dan vagina : tidak ada kelainan

Portio : tebal

Pembukaan : tidak ada pembukaan

Pelepasan : tidak ada

d. Pemeriksaan Lab jam 11.12 wita

Hasil

WBC : 16,700 / μ L

RBC : 3.970 / μ L

HGB : 11,9 gr/dL

PLT : 38000 / μ L

LANGKAH II : IDENTIFIKASI DIAGNOSA/MASALAH AKTUAL

Diagnosa aktual : G1 P0 A0, gestasi 24-26 minggu, intrauteri, dengan susp.

Kematian Janin Dalam Rahim

Masalah aktual : Janin tidak bergerak dan kecemasan

Diagnosa Aktual

1. G1 P0 A0

Data Subjektif : Ibu mengatakan ini merupakan kehamilan yang pertama

Data Objektif : tampak linea nigra dan striae livide, pada saat palpasi teraba bagian-bagian janin.

Analisa dan interpretasi Data

Pada pemeriksaan kulit perut, tampak adanya linea nigra dan striae livide yang menandakan kehamilan yang pertama dan dinding perut tampak tegang karena belum pernah mengalami peregangan sebelumnya, terabanya bagian-bagian

janin pada saat palpasi merupakan salah satu tanda-tanda pasti kehamilan (Prawirohardjo, 2014:179).

2. Gestasi 24-26 minggu

Data Subjektif : Ibu mengatakan usia kehamilannya \pm 6 bulan

Data Objektif : pemeriksaan leopold I, tinggi fundus uteri setinggi pusat, 22 cm.

Analisa dan interpretasi Data

Uterus tumbuh membesar secara primer maupun sekunder akibat pertumbuhan isi konsepsi intrauterin. Estrogen menyebabkan hiperplasi jaringan progesteron berperan untuk elastisitas/kelenturan uterus. Taksiran kasar pembesaran uterus dan usia kehamilan berdasarkan tinggi fundus uteri setinggi pusat adalah 24 minggu sehingga usia kehamilan dalam range berkisar 24-26 minggu (Nugroho, 2012).

3. Intrauterin

Data Subjektif : Ibu mengatakan usia kehamilan \pm 6 bulan, pergerakan janin pertama dirasakan pada usia kehamilan \pm 5 bulan yakni saat bulan April dan Ibu mengatakan pergerakan janinnya terutama dirasakan pada perut sebelah kanan

Data Objektif : palpasi leopold didapatkan

Leopold I : setinggi pusat, 22 cm, teraba bokong

Leopold II : Pu-ki

Leopold III: kepala

Leopold IV: BAP

Lingkar perut : 80 cm

TBJ TFU x LP = 22x 80 = 1760 gram

Analisa dan Interpretasi Data

Bagian dari uterus yang merupakan tempat janin dapat tumbuh dan berkembang adalah kavum uteri dimana rongga ini merupakan tempat yang luas bagi janin untuk dapat bertahan hidup sampai aterm tanpa ada rasa nyeri perut yang hebat. Tempat tersebut berada dalam korpus uteri yang disebut dengan kehamilan intrauterin (Baety, 2012:9). Kehamilan intra uterine sejak hamil muda sudah dapat dipastikan, terlihat dari pembesaran perut sesuai umur kehamilan. (Manuaba, 2013)

4. Susp. Kematian Janin Dalam Rahim

Data Subjektif : Ibu mengatakan usia kehamilan \pm 6 bulan dan Ibu tidak lagi merasakan pergerakan janin sejak kemarin pagi. Keluhan ini disertai nyeri perut bagian bawah pada seluruh perut tembus belakang seperti ingin melahirkan. Sekitar pukul 20.00 wita, ibu merasa perut mengeras.

Data Objektif : Gestasi 24-26 minggu taksiran berat janin adalah 1760 gram, DJJ tidak terdengar dengan lenek maupun doppler

Analisa dan Interpretasi Data

Kematian Janin Dalam Rahim terjadi pada kehamilan 20 minggu atau lebih dimana janin sudah mencapai berat badan 500 gram atau lebih. Pada kasus

kematian janin dalam rahim dari anamnesis biasanya didapatkan gerakan janin yang tidak ada (gerakan janin dapat dirasakan pada kehamilan 18-20 minggu), perut tidak bertambah besar, bahkan mungkin mengecil (kehamilan tidak seperti biasanya), perut sering menjadi keras, merasakan sakit seperti ingin melahirkan, dan penurunan berat badan. Ada tidaknya DJJ merupakan cara mudah menentukan janin hidup/mati. DJJ dapat didengar dengan stetoskop *laenec* (18-20 minggu), *Doppler* (12 minggu) (Nugroho, 2012).

Masalah aktual

1. Janin tidak bergerak

Data Subjektif : Ibu tidak lagi merasakan pergerakan janin sejak kemarin pagi. Ibu merasa perut mengeras

Data Objektif : Gestasi 24-26 minggu.

Analisa dan Interpretasi Data

Gerakan janin dapat dirasakan pada kehamilan 18-20 minggu. Gerakan menendang atau tendangan janin (10 gerakan/12 jam) (Prawirohardjo, 2014:732).

2. Kecemasan

Data Subjektif : Ibu selalu menanyakan bagaimana dengan keadaan bayinya

Data Objektif : ekspresi wajah tampak cemas, tidak tenang dan meringis menahan sakit.

Analisa dan Interpretasi Data

Kehamilan merupakan peristiwa yang fisiologis bagi seluruh wanita, tetapi akan berubah menjadi patologi bila ada kelainan dalam kehamilan tersebut. Klien merasa cemas setelah mengetahui kehamilannya gagal. Kecemasan ini merupakan suatu penyebab yang timbul karena klien merasa terganggu baik secara fisik maupun psikis terhadap keadaan yang dialami sekarang (Chapman dan Charles, 2013).

LANGKAH III : IDENTIFIKASI DIAGNOSA/MASALAH POTENSIAL

Potensial terjadi trauma emosional yang berat bila waktu antara janin dan persalinan cukup lama, dapat terjadi infeksi bila ketuban pecah serta koagulopati jika kematian janin lebih dari 2 minggu.

LANGKAH IV TINDAKAN SEGERA/KOLABORASI

Kolaborasi dengan dokter spesialis kandungan untuk dilakukan USG

1. Pemeriksaan USG jam 12.10 wita oleh dr "A" dengan hasil USG menunjukkan kematian janin dalam rahim 25 minggu, plasenta baik, DJJ negatif, tidak tampak gerakan janin, tampak gambaran tulang tengkorak saling menutupi (*Spalding's Sign*), dan oligohidramnion.

LANGKAH V RENCANA TINDAKAN

Tujuan :

1. Keadaan umum ibu baik, terminasi kehamilan berlangsung normal
2. Mencegah terjadinya masalah potensial

Kreteria:

1. Ibu dan keluarga mengetahui hasil pemeriksaan
2. Tanda-tanda vital dalam batas normal

Tekanan darah : 110/70 – 120/80 mmHg

Nadi : 60-100 kali/menit

Pernafasan : 16-24 kali/menit

Suhu : 36,5-37,5°C
3. Terminasi kehamilan dilakukan dengan induksi misoprostol
4. Kejadian traumatik psikologis lebih lanjut terjadi dari selang waktu lebih dari 24 jam antara diagnosis kematian janin, induksi persalinan,
5. Proses terminasi kehamilan dengan baik dan bayi lahir tanpa komplikasi.

Rencana asuhan :

Tanggal 04 Mei 2017 pukul 12.15 wita

1. Sapa ibu dengan hangat dan dengan memperkenalkan diri.

Rasional : meningkatkan rasa percaya sehingga ibu menjadi lebih kooperatif dengan petugas.
2. Beritahu ibu dan keluarga hasil pemeriksaan

Rasional : dengan ibu dan keluarga mengetahui hasil pemeriksaan, ibu dan keluarga akan memahami keadaan yang sedang mereka hadapi.

3. Berikan kesempatan kepada pasien dan keluarga untuk bersama sebelum dihadapkan pada keputusan yang sulit.

Rasional : agar keluarga menerima kematian janin

4. Berikan KIE tentang kematian janin dalam rahim

Rasional : dengan ibu memahami dengan apa yang dimaksud dengan kematian janin dan gejala yang menyertainya, akan membantu ibu menerima kematian janinnya.

5. Berikan dukungan moril kepada ibu dan keluarga yang tengah berduka untuk mengambil keputusan penting dengan membesarkan hati ibu dan keluarga bahwa janin dapat lahir melewati jalan lahir secara normal.

Rasional : agar ibu lebih tenang dalam menghadapi keadaannya sekarang.

6. Beritahu ibu dan keluarga agar segera mengambil keputusan untuk segera melahirkan janin agar nantinya tidak mengganggu kondisi kesehatan ibu dan tidak menjadikan racun / toksin ditubuh ibu,

Rasional : Agar Ibu dan bayi dapat segera tertolong

7. Beritahu ibu dan keluarga tentang tindakan yang akan dilakukan agar janin sesegera mungkin dilahirkan yaitu bidan berkolaborasi dengan dokter ahli kandungan.

Rasional : agar ibu dan keluarga percaya dan yakin kepada petugas kesehatan

8. Kolaborasi dengan dokter ahli kandungan untuk tindakan untuk terminasi kehamilan.

- a. Pemasangan infus RL 500 cc
- b. Drips Metronidazole /18 jam/
- c. Injeksi Ceftriaxone /12 jam/IV
- d. Pasang Cytotec ½ tab/vagina
- e. VT control tiap 7 jam, lapor ulang dokter

Rasional : pasien akan mendapat terapi yang tepat dan bidan bertindak sesuai dengan kewenangan

9. Minta persetujuan ibu dan keluarga untuk melakukan tindakan dengan inform consent. Inform consent berisi pernyataan persetujuan dari ibu/keluarga dengan tenaga kesehatan untuk melakukan tindakan dengan berbagai resiko yang telah dijelaskan.

Rasional : sebagai tanggung gugat tertulis

10. Lakukan pemasangan infus RL 500 cc

Rasional : untuk memperthankan cairan dan elektrolit

11. Berikan drips Metronidazole /18 jam

Rasional : untuk mencegah untuk mengobati berbagai macam infeksi yang disebabkan oleh mikroorganisme protozoa dan bakteri anaerob

12. Lakukan skin test dan injeksi bolus Ceftriaxone /12 jam

Rasional : skin test untuk melihat adanya alergi obat dan untuk membantu mengobati infeksi serius yang disebabkan oleh bakteri.

13. Pasangkan cytotec /vagina

Rasional : untuk tindakan induksi persalinan. Cytotec menyebabkan kontraksi rahim dan pematangan serviks.

14. Berikan dukungan psikologis pada ibu dan keluarga selama proses terminasi kehamilan

Rasional : agar ibu lebih tenang menjalani terapi yang diberikan

15. Penuhi kebutuhan-kebutuhan yang belum terpenuhi seperti cairan dan nutrisi.

Rasional : agar ibu lebih siap menghadapi penanganan selanjutnya seperti tenaga ibu pada proses persalinan.

16. Lanjutkan asuhan kebidanan dan pemantauan saat proses terminasi kehamilan yaitu Kala I, II, III dan IV persalinan

Rasional : asuhan menyeluruh dilaksanakan

LANGKAH VI IMPLEMENTASI

Tanggal 04 Mei 2017 jam 12.10 wita

1. Menyapa ibu dan memperkenalkan diri serta bersikap empati

Hasil : ibu bersikap kooperatif dan terbuka dengan tenaga kesehatan

2. Memberitahu ibu dan keluarga hasil pemeriksaan saat ini bahwa bayi yang dikandungnya telah meninggal dunia

Hasil: ibu dan keluarga mengerti hasil pemeriksaan

3. Memberikan KIE tentang kematian janin dalam rahim yaitu kematian janin dalam kandungan yang disebabkan oleh beberapa faktor yaitu faktor ibu,

janin dan plasenta serta memberitahu gejala yang menyertainya seperti hilangnya gerakan janin dan nyeri perut yang dirasakan seperti ingin melahirkan.

Hasil : ibu memahami yang dimaksud dengan kematian janin dan ibu memahami bahwa semua terjadi dikarenakan beberapa faktor dan mengetahui bahwa hilangnya gerakan janin dan nyeri perut yang dialami saat ini merupakan gejala dari kematian janin dan mulai beradaptasi dengan nyeri .

4. Memberikan dukungan moril kepada ibu dengan membesarkan hati ibu dan keluarga bahwa janin dapat lahir melewati jalan lahir secara normal.

Hasil : ibu dan keluarga mengetahui bahwa janin dapat lahir melewati jalan lahir secara normal

5. Memberitahu pada ibu dan keluarga agar segera mengambil keputusan untuk segera melahirkan janin agar nantinya tidak mengganggu kondisi kesehatan ibu dan tidak menjadikan racun / toksin ditubuh ibu,.

Hasil : ibu dan keluarga bersedia melahirkan janin segera.

6. Mendiskusikan pada ibu dan keluarga tentang tindakan yang akan dilakukan agar janin sesegera mungkin dilahirkan yaitu bidan berkolaborasi dengan dokter ahli kandungan dengan tindakan terminasi kehamilan.

Hasil : ibu dan keluarga telah mengetahui tindakan yang akan dilakukan

7. Berkolaborasi dengan dokter ahli kandungan untuk memberikan terapi dan tindakan untuk terminasi kehamilan.

Hasil : kolaborasi telah dilakukan dengan menghubungi dokter melalui via telpon

8. Meminta persetujuan ibu dan keluarga untuk melakukan tindakan dengan inform consent. Inform consent berisi pernyataan persetujuan dari ibu/keluarga dengan tenaga kesehatan untuk melakukan tindakan dengan berbagai resiko yang telah dijelaskan.

Hasil : informed consent ditandatangani

9. Melakukan pemasangan infus RL jam 13.30 wita

Hasil : infus telah terpasang di tangan kanan ibu dengan 28 tpm

10. Memberikan drips Metronidazole jam 13.35 wita

Hasil : drips Metronidazole telah diberikan

11. Melakukan skin test jam 14.05 wita dan injeksi bolus Ceftriaxone jam 14.20 wita

Hasil : skin test telah dilakukan dan tidak terjadi alergi, ceftriaxone telah disuntikkan

12. Memasang cytotec ½ tab/vagina jam 14.25 WITA

Hasil : cytotec telah terpasang

13. Memberi dukungan psikologis pada ibu dan keluarga dalam menghadapi

kematian janin dan dalam mengikuti proses terminasi kehamilan.

Membiarkan ibu dan keluarga mempunyai waktu bersama bayi.

Hasil : ibu lebih tenang dalam menjalani kondisinya saat ini.

14. Memenuhi kebutuhan-kebutuhan yang belum terpenuhi seperti cairan dan nutrisi.

Hasil : ibu makan dan minum dengan baik

15. Melanjutkan asuhan kebidanan dan pemantauan saat proses terminasi kehamilan yaitu Kala I, II, III dan IV persalinan

Hasil : pendokumentasian telah dilakukan

LANGKAH VII : EVALUASI

Tanggal 04 Mei 2017, pukul 14.30 wita

1. Ibu telah mengetahui keadaan yang dialami janinnya dan beradaptasi dengan nyeri
2. Tanda-tanda vital ibu dalam batas normal
3. Cairan dan nutrisi ibu terpenuhi
4. Tindakan terminasi telah dilakukan atas persetujuan ibu dan kolaborasi bidan dengan dokter ahli kandungan.
5. Ibu telah mendapatkan terapi dan sementara dalam proses terminasi kehamilan.

**PENDOKUMENTASIAN HASIL ASUHAN KEBIDANAN PADA NY "E"
DENGAN KEMATIAN JANIN DALAM RAHIM DI RSUD SYEKH YUSUF
GOWA
TANGGAL 04 MEI 2017**

No Register : 47xx xx xx
Tanggal Masuk : 04 Mei 2017, pukul 11. 15 wita
Tanggal Pengkajian : 04 Mei 2017, pukul 16.00 wita
Nama Pengkaji : Besse Ramlah

A. Pengkajian dan Analisa Data dasar

1. Identitas istri/suami

Nama : Ny'' E''/ Tn'' A''
Umur : 17 tahun/ 19 tahun
Nikah : 1x/ \pm 1 tahun
Suku : Makassar/Makassar
Agama : Islam/ islam
Pendidikan : SMP/ SMA
Pekerjaan : IRT/B.harian
Alamat : Jl. Baji areng, Panggentungan

KALA I

Subjektif

1. Ibu mengatakan ini kehamilan yang pertama
2. Usia kehamilan \pm 6 bulan

3. Ibu mengatakan nyeri perut tembus belakang yang semakin terasa
4. Ibu mengatakan terdapat pelepasan lendir dan darah

Objektif

1. Keadaan umum ibu baik
2. Kesadaran komposmentis, ibu tampak meringis menahan sakit
3. Gestasi 25 minggu
4. Tanda-tanda vital

Tekanan darah : 120/80 mmHg

Nadi : 80 x/i

Pernafasan : 22 x/i

Suhu : 37 °C

5. His 16.10 wita his: 4x/10 menit (durasi 35-40 detik).
6. Melakukan pemeriksaan dalam (VT jam 16.10 wita)

Hasil :

Vulva dan vagina : tidak ada kelainan

Portio : melesap

Pembukaan : 10 cm

Ketuban : utuh

Presentasi : kepala, UUK kanan depan

Penurunan : Hodge III

Molase : tidak ada

Penumbungan : tidak ada

Kesan panggul : cukup

Pelepasan : lendir dan darah

Assesment

GI P0 A0, gestasi 24-26 minggu, intrauteri, dengan Kematian Janin Dalam Rahim

Planning

Tanggal 04 Mei 2017, pukul 16.12 wita

1. Mencuci tangan sebelum dan sesudah melakukan tindakan

hasil : petugas sudah mencuci tangan

2. Menjelaskan penyebab nyeri

Hasil : ibu telah diberitahu dan mulai beradaptasi dengan nyeri

3. Mendampingi ibu selama persalinan

Hasil : telah dilakukan pendampingan pada ibu

4. Menganjurkan ibu untuk miring ke salah satu sisi untuk tehnik relaksasi

Hasil : ibu melaksanakan anjuran yang diberikan

5. Mengajarkan ibu tehnik relaksasi dengan menarik nafas lewat hidung dan mengeluarkan lewat mulut.

Hasil : ibu melakukan yang diajarkan dengan baik

6. Menganjurkan pada keluarga untuk memberi intake, support dan motivasi pada ibu saat his berkurang

Hasil : keluarga mau melakukannya, ibu telah diberi minum dan makan

7. Mengobservasi his pada jam 16.22 wita

Hasil : his : 4x/10 menit (durasi 40-45 detik).

8. Melakukan pemeriksaan dalam jam 16.22 wita

Hasil :

Vulva dan vagina	: tidak ada kelainan
Portio	: melesap
Pembukaan	: 10 cm
Ketuban	: pecah, jernih
Presentasi	: kepala, UUK kanan depan
Penurunan	: Hodge IV
Molase	: tidak ada
Penumbungan	: tidak ada
Kesan panggul	: cukup
Pelepasan	: lendir darah, air ketuban

9. Menganjurkan kepada ibu dan keluarga untuk senantiasa berdo'a kepada Allah swt dan diberikan kesabaran serta kemudahan dalam proses persalinan.

Hasil : ibu dan keluarga senantiasa berdo'a

10. Mengajarkan ibu meneran pada saat his

Hasil : ibu telah diajarkan cara meneran

11. Menyiapkan peralatan pertolongan persalinan

Hasil : peralatan sudah siap dan lengkap

KALA II

Subjektif

1. Ibu mengatakan nyeri perut semakin timbul dan terasa
2. Ibu merasa ada dorongan untuk meneran
3. Ibu mengatakan seperti ingin Buang Air Besar (BAB)

Objektif

1. Keadaan umum ibu baik
2. Kesadaran komposmentis
3. Pembukaan lengkap jam 16.10 wita
4. His : 4x/10 menit (durasi 40-45 detik)
5. Ketuban pecah pukul 16.22 wita, penurunan Hodge IV, presentasi kepala, UUK dibawah simfisis.
6. Perineum menonjol
7. Vulva dan anus membuka

Assesment

Perlangsungan kala II

Potensial terjadinya ruptur perineum

Planning

Tanggal 04 Mei 2017 pukul 16.22 wita

1. Memimpin persalinan dengan membimbing Ibu untuk meneran

Hasil : ibu mengikuti bimbingan dan melakukan arahan dengan baik, bayi lahir spontan dengan presentasi muka, tanggal 04 Mei 2017 pukul 16. 30 wita dengan jenis kelamin perempuan BB: 1200 gram PB: 37 cm

2. Melakukan pengecekan fundus untuk memastik tidak ada lagi bayi

Hasil : tidak ada lagi bayi

3. Memberitahu Ibu bahwa penolong akan menyuntikkan oksitosin

Hasil : ibu bersedia disuntik

4. Dalam waktu 1 menit setelah bayi lahir, menyuntikkan oksitosin 10 IU di 1/3 paha atas distal lateral secara IM , aspirasi sebelum menyuntikkan.

Hasil: telah disuntikkan

5. Menjepit dan memotong tali pusat.

Hasil: tali pusat telah dipotong

KALA III

Subjektif

1. Ibu mengatakan perutnya masih terasa nyeri

Objektif

1. Keadaan umum ibu baik
2. Kesadaran komposmentis
3. Bayi lahir tanggal 04 Mei 2017 pukul 16.30 wita
4. Tali pusat tampak di introitus vagina
5. Tampak semburan darah tiba-tiba

Assesment

Perlangsungan kala III

Antisipasi adanya rest plasenta

Planning

Tanggal 04 Mei 2017 pukul 16.31 wita

1. Melakukan manajemen aktif kala III (PTT, melahirkan plasenta, masase fundus uteri)

Hasil : plasenta dan selaput lahir spontan pukul 16.35 wita, kontraksi uterus baik, TFU 1 jrbpst.

2. Memeriksa kelengkapan plasenta dan selaput ketuban

Hasil: plasenta dan selaput ketuban lahir kesan lengkap

3. Mengevaluasi perdarahan dan memeriksa robekan pada vagina dan perineum

Hasil : perdarahan \pm 50 cc, tidak terjadi robekan pada vagina dan perineum

4. Melakukan katektisasi

Hasil : telah dilakukan dan urin \pm 50 cc

5. Kolaborasi dengan dokter ahli kandungan untuk tindakan USG sisa jaringan

Hasil : telah dilakukan, rencana USG pada tanggal 05 Mei 2017

KALA IV

Subjektif

1. Ibu mengatakan merasa lega karena proses persalinan telah selesai namun juga merasa sedih karena kehilangan bayinya
2. Ibu mengatakan masih sedikit mules .

Objektif

1. Keadaan umum ibu baik
2. Kesadaran komposmentis, ibu tampak menangis dan bersedih
3. Pemeriksaan tanda-tanda vital

Tekanan darah : 110/80 mmHg

Nadi : 86 x/i

Pernafasan : 22 x/i

Suhu : 37°C

4. Kontraksi uterus baik, TFU 1 jrbpst
5. Plasenta lahir pukul 16.35 wita

Assesment

Perlangsungan kala IV

Planning

Tanggal 04 Mei 2017 pukul 16.35 wita

1. Menjelaskan pada ibu tentang kondisinya saat ini dan keluhan yang dialami adalah normal pasca persalinan

Hasil : ibu memahami kondisinya saat ini

2. Memberi dukungan mental kepada ibu dan keluarga dan pendampingan pada ibu untuk tetap tabah dan sabar dan menyerahkan segalanya kepada Allah swt.

Hasil : ibu dan keluarga merasa tenang saat ibu didampingi dan menerima keadaannya.

3. Membiarkan ibu untuk melihat bayinya untuk menciptakan kenangan terakhir bersama bayi mereka.

Hasil: ibu telah melihat bayinya dan kesedihan berkurang

4. Melakukan pemantauan 2 jam post partum

Jam ke	Waktu (Wita)	TD (mmHg)	Nadi (x/i)	Suhu (°C)	TFU	Kontraksi uterus	Kandung kemih	Perdarahan
I	16.50	110/80	86	37	1 jrbst	Baik	Kosong	± 20
	17.05	110/80	86		1 jrbst	Baik	Kosong	± 20
	17.20	120/90	88		1 jrbst	Baik	Kosong	± 10
	17.35	120/90	88		1 jrbst	Baik	Kosong	± 10
II	18.05	120/90	88	37	1 jrbst	Baik	Kosong	± 5
	18.35	130/100	90		1 jrbst	Baik	Kosong	± 5

Hasil : TTV mengalami kenaikan pada jam 18.35 yaitu 130/100 mmHg.

5. Melakukan kolaborasi dengan tim dokter ahli kandungan dalam pemberian terapi.

Advise

- Cek protein urine
- Nifedipin tab 3x1
- Cefadroxil 500 mg dosis 2x1
- Asam mefenamat 500 mg dosis 3x1
- SF 300 mg dosis 1x1

Hasil : kolaborasi telah dilakukan

6. Melakukan pengambilan sampel urin untuk dilakukan pemeriksaan protein urin ke laboratorium pada jam 18.45 wita

Hasil : telah dilakukan, dan hasil

Hasil pada jam 20.00 wita : protein urine negatif

7. Memberikan obat-obatan sesuai instruksi dokter pada jam 20.00 wita

Hasil : telah dilakukan

8. Melakukan pemeriksaan tanda-tanda vital pada pukul 21.00 wita.

Hasil : Tekanan darah: 130/90 mmHg

Nadi : 80x/i

Suhu : 36,5 °C

Pernafasan : 20x/i

9. Meminta keluarga untuk selalu menemani ibu dan memenuhi kebutuhan serta menghibur ibu untuk mengurangi kesedihannya

Hasil : keluarga bersedia untuk selalu mendampingi ibu

10. Mengajarkan ibu dan keluarga untuk memantau kontraksi uterus, jumlah darah yang keluar dan tanda-tanda bahaya seperti : demam, keluar banyak bekuan darah, bau busuk dari vagina, pusing, lemas luar biasa, nyeri panggul dan abdomen yang hebat.

Hasil : ibu dan keluarga memahami dan bersedia mengikuti penjelasan yang telah diberikan

11. Memberikan KIE tentang persiapan prakonsepsi dan masa subur.

Mengatur diskusi dengan ibu dan suami untuk membicarakan kejadian ini dan pencegahan yang perlu dilakukan di masa mendatang.

Hasil : ibu kembali bersemangat dan yakin untuk hamil kembali dan bersedia menunggu hingga kondisinya pulih.

12. Menganjurkan ibu untuk tetap bersabar dan merelakan kemaian janinnya,

dan meyakinkan ib/u bahwa kejadian yang dialami adalah kehendak Allah swt oleh ibu terdapat hikmah.

Hasil : dengan bersabar serta merelakan kepergian bayi akan dijamin pahala disisi Allah swt

13. Menganjurkan ibu dan keluarga untuk senantiasa berdo'a kepada Allah

swt agar dikaruniakan keturunan yang baik dan sholeh.

Hasil : ibu tampak tenang dan berserah diri kepada Allah swt

14. Memindahkan ibu ke ruang nifas pada pukul 21.30 wita.

Hasil : ibu telah dipindahkan ke ruang nifas bagian perawatan

**PENDOKUMENTASIAN HASIL ASUHAN KEBIDANAN PADA NY “E”
DENGAN KEMATIAN JANIN DALAM RAHIM DI RSUD SYEKH YUSUF
GOWA
TANGGAL 05 MEI 2017**

No Registrasi : 46xx xx
Tanggal Masuk : 04 Mei 2017, jam 11.10 wita
Tanggal pengkajian : 05 Mei 2017, jam 16.00 wita
Pengkaji : Besse ramlah

Identifikasi Data Dasar

Identitas Istri/Suami

Nama : Ny’’ E’’/ Tn’’ A’’
Umur : 17 tahun/ 19 tahun
Nikah : 1x/ ±1 tahun
Suku : Makassar/Makassar
Agama : Islam/ islam
Pendidikan : SMP/ SMA
Pekerjaan : IRT/B.harian
Alamat : Jl. Baji areng, Panggentungan

A. Data Subjektif (S)

1. Ibu mengatakan nyeri perut bagian bawah
2. Ibu mengatakan ada pengeluaran darah dari jalan lahir
3. Ibu melahirkan tanggal 04 Mei 2017 jam 16.30 wita

4. Ibu khawatir dengan keadaannya.

B. Data Objektif (O)

1. Keadaan umum ibu baik
2. Kesadaran komposmentis
3. Tanda-tanda vital
 - a. Tekanan Darah: 110/80 mmHg
 - b. Suhu : 36,57⁰C
 - c. Nadi : 80x/ menit
 - d. Pernafasan : 20x/menit
4. Kontraksi uterus baik, TFU 1 jari di bawah pusat
5. Tampak pengeluaran lochea rubra
6. Pemeriksaan USG tgl 05 Mei 2017, pukul 16.15 wita

Hasil USG : tampak sisa jaringan

C. Assesment (A)

Postpartum hari ke-1, dengan rest plasenta

D. Planning (P)

Tanggal 05 Mei 2017, pukul 16.15 wita

1. Menyampaikan hasil pemeriksaan kepada ibu dan menjelaskan keadaan yang dialaminya

Hasil : ibu telah diberitahu

2. Memberikan informasi kepada klien tentang penyebab nyeri perut bagian bawah.

Hasil: ibu telah diberitahu bahwa nyeriperut yang dialami adalah hal yang fisiologis dari kontraksi rahim.

3. Menjelaskan pada ibu/keluarga tentang pentingnya dilakukan kuret jika klien setuju maka akan dilakukan tindakan kuretase pada tanggal 06 Mei 2017 jam 11:00 wita

Hasil : ibu/keluarga mengerti penjelasan yang diberikan

4. Mengobservasi tanda-tanda vital pukul 18.00 wita

Hasil:

- a. Tekanan Darah : 110/70 mmHg
- b. Pernafasan : 20x/menit
- c. Nadi : 80x/menit
- d. Suhu : 36,5⁰C

5. Informet consent untuk pelaksanaan tindakan kuretase

Hasil : ibu/keluarga setuju untuk tindakan kuretase

6. Menganjurkan ibu untuk istirahat sebelum dikuret

Hasil : ibu istirahat dengan baik

Tanggal 06 Mei 2017, jam 06.00 wita

7. Memberi dorongan spiritual kepada ibu

Hasil : ibu merasa lebih baik dan siap untuk kuretase.

8. Melakukan persiapan pelaksanaan tindakan kuretase yakni berupa persiapan alat, penolong dan persiapan pasien

a. Persiapan alat kuret

- 1) Handscoon 2 pasang
- 2) Kain kasa secukupnya
- 3) Duk steril 1 buah
- 4) Kateter 1 buah
- 5) Speculum anterior dan posterior
- 6) Tampongtan
- 7) Tenakulum
- 8) Sonde uterus
- 9) Abortus tang
- 10) Kuret tajam dan kuret tumpul
- 11) Kapas DTT
- 12) Larutan betadin

b. Persiapan penolong

- 1) Masker
- 2) Celemek
- 3) Kacamata

- 4) Tutup kepala
- 5) Sepatu boot
- c. Persiapan alat-alat lain

- 1) Tempat darah
- 2) Tempat sampah
- 3) Larutan klorin
- 4) Lampu sorot
- 5) Tabung oksigen
- d. Persiapan pasien: klien dianjurkan untuk berpuasa dan mandi.

Hasil : terlaksana, pasien didorong ke ruang operasi untuk tindakan kuretase
pukul 11.00 wita

BAB IV

PEMBAHASAN

Pada bab ini akan menguraikan pembahasan tentang asuhan kebidanan pada Ny"E" dengan kematian janin dalam rahim di RSUD Syekh Yusuf Gowa. Asuhan ini dilakukan selama satu hari dimulai saat pasien masuk di rumah sakit sampai pada proses terminasi kehamilan. Asuhan dilanjutkan pada proses pengakhiran kehamilan yang mencakup kala I-IV persalinan dan tindakan kuretase.

Dalam hal ini, pembahasan akan diuraikan secara narasi berdasarkan pendekatan asuhan kebidanan dengan tujuh langkah varney yaitu: pengumpulan data dasar, merumuskan diagnosis atau masalah aktual, merumuskan diagnosis atau masalah potensial, melaksanakan tindakan segera atau kolaborasi, merencanakan tindakan asuhan kebidanan, melakukan tindakan asuhan kebidanan, dan mengevaluasi asuhan kebidanan.

Langkah I : Identifikasi Data Dasar

Identifikasi data dasar merupakan proses manajemen asuhan kebidanan yaang ditujukan untuk pengumpulan informasi baik fisik, psikososial dan spritual. Informasi yang diperoleh mengenai data-data tersebut penulis dapatkan dengan mengadakan wawancara langsung dari klien dan keluarganya serta sebagian bersumber dari pemeriksaan fisik, dan pemeriksaan penunjang/laboratorium (Nuurhayati dkk, 2013).

Pengkajian data dasar pada kasus kematian janin dalam rahim dilakukan pada saat pengamatan pertama kali ketika pasien datang ke rumah sakit. Pengkajian meliputi anamnesis langsung yang diperoleh dari pasien, dan atau keluarga pasien. Pengkajian ini berupa identitas pasien, data biologis/fisiologis yang meliputi: keluhan utama, riwayat keluhan utama, riwayat kehamilan sekarang, riwayat menstruasi, riwayat kesehatan yang lalu, riwayat kesehatan dan penyakit keluarga, riwayat sosial budaya, dan riwayat fungsi kesehatan. Pengkajian data objektif diperoleh melalui pemeriksaan umum, pemeriksaan tanda-tanda vital dan pemeriksaan fisik serta ditegakkan dengan pemeriksaan penunjang berupa pemeriksaan laboratorium dan pemeriksaan USG. Pengkajian pada kasus ini dilanjutkan pada pendokumentasian dalam tindakan terminasi kehamilan yang dimulai dari kala I-IV persalinan.

Ny “E”, usia 17 tahun, GIP0A0, datang kerumah sakit dengan keluhan tidak lagi merasakan pergerakan janin sejak kemarin yang disertai nyeri perut bagian bawah tembus belakang seperti sakit ingin melahirkan, merasa perut mengeras dan ibu mengatakan merasa cemas dengan keadaan bayinya. Pasien melakukan *antenatal care* (ANC) sebanyak 2x dan melakukan pemeriksaan pada dokter kandungan 1x. Kunjungan pertama tidak ada keluhan berat badan 48,5 kg. Kunjungan kedua dengan keluhan sakit dada dan pusing, berat badan 52,5 kg. Pasien lupa haid pertama haid terakhirnya. Usia kehamilan \pm 6 bulan.

Pasien tidak pernah mengalami trauma selama hamil, pasien tidak memiliki riwayat penyakit hipertensi, asma jantung dan diabetes, riwayat mengonsumsi obat-obatan selama hamil di sangkal pasien. Pasien pernah mengalami muntah dan BAB

terus-menerus dan dirawat dirumah RS Haji Makassar selama 3 hari. Selama hamil, nutrisi pasien terpenuhi dengan baik, istirahat cukup, aktivitas pasien tetap melakukan pekerjaan rumah tangga, melakukan hubungan seksual 2 minggu yang lalu.

Pemeriksaan fisik didapatkan kesadaran komposmentis, keadaan umum baik, tekanan darah 110/70 mmHg, nadi 80x/menit, pernapasan 20x/menit, dan suhu 36,7°C. Ekspresi wajah tampak cemas, tidak tenang dan meringis menahan sakit serta tidak ada edema dan pembengkakan pada wajah, kedua konjungtiva mata tidak anemis dan tidak ikterik, tidak ada pembesaran pada kelenjar tiroid, limfe dan vena jugularis, payudara tampak simetris, hiperpigmentasi pada areola mammae. Pemeriksaan abdomen didapatkan kesan yaitu tinggi fundus uteri (TFU) setinggi pusat dan 22 cm sesuai usia kehamilan 25 minggu, situs memanjang, presentasi kepala, punggung kiri, tidak terdengar denyut jantung janin, janin intrauterine, mati. Pemeriksaan dalam tidak ditemukan kelainan dan tidak ada pembukaan. Pemeriksaan laboratorium, didapatkan pemeriksaan darah yaitu hemoglobin 11,9 gr/dL, eritrosit 3.970/uL, trombosit 38000/uL, leukosit yaitu 16,700 / μ L.

Berdasarkan uraian di atas terdapat persamaan antara teori dengan gejala yang timbul pada kasus kematian janin dalam rahim. Hal ini membuktikan bahwa tidak ditemukan adanya kesenjangan antara teori dan kasus.

Langkah II : Identifikasi Diagnosa/Masalah Aktual

Pada langkah kedua dilakukan identifikasi diagnosis atau masalah berdasarkan interpretasi yang benar atas data-data yang telah dikumpulkan. Data tersebut kemudian diinterpretasikan sehingga dapat dirumuskan diagnosis dan masalah yang spesifik (Nurhayati dkk, 2013). Hasil pengkajian data subjektif dan objektif yang diperoleh menunjukkan diagnosis kematian janin. Pasien datang dengan keluhan tidak merasakan pergerakan janin disertai nyeri perut bagian bawah tembus belakang seperti sakit ingin melahirkan, merasa perut mengeras dan cemas dengan keadaan bayinya. Kehamilan ibu adalah kehamilan yang pertama dengan usia kehamilan ± 6 bulan. Riwayat kesehatan yang lalu, Ny"E" pernah mengalami muntah dan BAB terus-menerus dan dirawat di rumah RS Haji Makassar selama 3 hari. Pemeriksaan palpasi abdomen didapatkan tinggi fundus uteri (TFU) setinggi pusat dan 22 cm sesuai usia kehamilan 25 minggu. Taksiran berat janin adalah 1760 gram. Pemeriksaan laboratorium didapatkan jumlah leukosit yaitu 16,700 / μ L.

Hal tersebut sesuai dengan teori bahwa kasus kematian janin dalam rahim merupakan kematian janin dengan berat 500 gram atau lebih atau kematian janin dalam rahim pada kehamilan 20 minggu atau lebih. Umumnya pasien mengeluh gerakan janin berkurang atau menghilang, perut tidak bertambah membesar bahkan mungkin akan mengecil (kehamilan tidak seperti biasanya), perut sering menjadi keras, merasakan sakit seperti ingin melahirkan dan mengalami penurunan berat badan (Prawirohardjo, 2014). Penurunan berat badan yang ditunjukkan pada

pemantauan kehamilan di puskesmas pada bulan Maret dengan BB: 52,5 kg dan BB sekarang yakni 50 kg.

Sedangkan pemeriksaan fisik biasanya didapatkan tinggi fundus uteri berkurang atau lebih rendah dari usia kehamilan. Palpasi abdomen didapatkan tonus uterus menurun, uterus teraba flaksid, dan tidak teraba gerakan-gerakan janin, auskultasi tidak terdengar denyut jantung janin (Nugroho, 2012). Pemeriksaan abdomen Ny "E" didapatkan kesan yaitu tinggi fundus uteri sesuai usia kehamilan, hal ini dikarenakan pada kasus ini berlangsung ± 1 hari sebelum masuk kerumah sakit. Pada palpasi, tidak teraba gerak janin dan auskultasi dengan Doppler tidak terdengar denyut jantung janin, hal ini turut membuktikan adanya kematian janin.

Faktor resiko atau penyebab kematian janin adalah infeksi yang dialami oleh Ny"E. Hal ini berdasarkan hasil anamnesis riwayat kesehatan pada Ny"E" didapatkan pasien pernah mengalami muntah dan BAB terus-menerus dan dirawat dirumah RS Haji Makassar selama 3 hari dan pemeriksaan laboratorium didapatkan jumlah leukosit yaitu 16,700 / μ L, jumlah leukosit yang tinggi menunjukkan adanya infeksi (normal leukosit pada kehamilan trimester kedua adalah maksimal 15,000 / μ L). Sampai 20% kelahiran mati diyakini terkait dengan infeksi, baik karena infeksi janin langsung atau penyakit ibu berat (Clinical Advisor, 2016).

Hal tersebut menunjukkan penyebab dari diagnosis kematian janin yang ditegakkan. Akan tetapi, riwayat dan pemeriksaan fisik dan pemeriksaan laboratorium sangat terbatas nilainya dalam membuat diagnosis kematian janin. Diagnosis pasti ditegakkan dengan pemeriksaan USG, dimana tidak tampak adanya gerakan janin dan

tidak adanya denyut jantung janin. Berdasarkan uraian diatas maka diagnosis pada kasus tersebut adalah GIP0A0, gestasi 24-26 minggu, intrauterin, dengan susp. kematian janin dalam rahim. Demikian penerapan tinjauan pustaka dan kasus pada Ny “E” secara garis besar tampak adanya persamaan antar teori dengan diagnosis aktual yang ditegakkan sehingga memudahkan memberikan tindakan selajutnya.

Langkah III : Identifikasi Diagnosa/Masalah Potensial

Pada langkah ini, kita mengidentifikasi masalah atau diagnosis potensial lain berdasarkan rangkaian diagnosis dan masalah yang sudah teridentifikasi. Identifikasi diagnosis potensial yaitu mengantisipasi segala sesuatu yang mungkin terjadi (Manguji dkk, 2013). Langkah ini membutuhkan antisipasi bila memungkinkan dilakukan pencegahan, sambil mengamati klien, bidan diharapkan dapat bersiap-siap bila diagnosa/masalah potensial ini benar-benar terjadi dann dilakukan asuhan yang aman.

Kematian janin dalam rahim berpotensi mengalami trauma yang berat bila waktu antara janin dan persalinan cukup lama, kemungkinan terjadi infeksi bila ketuban telah pecah, dan terjadi koagulopati bila kematian janin berlangsung lebih dari 2 minggu sehingga bahaya perdarahan akan lebih mengancam jiwa pada waktu tindakan medis dilakukan (Prawirohardjo, 2014:733). Kejadian traumatik psikologis lebih lanjut terjadi dari selang waktu lebih dari 24 jam antara diagnosis kematian janin, induksi persalinan, tidak melihat bayinya selama yang dia inginkan, dan apabila ia tidak memiliki barang kenangan dengan bayinya (Cunningham, 2014:665).

Kondisi pasien saat ini dengan nyeri perut bagian bawah, tampak terpukul dan bersedih setelah mengetahui bahwa janinnya telah meninggal, gerakan janin tidak dirasakan sejak 1 hari yang lalu, pemeriksaan dalam tidak ditemukan kelainan, tidak ada pembukaan dan ketuban utuh. Pasien berpotensi mengalami trauma berat, infeksi bila ketuban pecah dan gangguan pembekuan darah bila kematian janin berlangsung lebih dari 2 minggu. Pasien dengan kematian janin harus segera diberi tahu. Menundanya hanya akan menyebabkan stress yang lebih berat. Konfirmasi atau pemastian diagnosis idealnya harus dilakukan dengan kehadiran orang tua. Sikap dan empati yang ditunjukkan oleh bidan dan dokter di awal peristiwa traumatik ini akan memberi pengaruh sejak permulaan proses berduka, juga kenangan yang mereka simpan (Chapman dan Charles, 2013).

Langkah IV Tindakan Segera/Kolaborasi

Tindakan segera dan kolaborasi dilakukan berdasarkan indikasi yang memerlukan penanganan cepat dan tepat sehingga memerlukan kolaborasi dengan tenaga kesehatan yang ahli di bidangnya. Diagnosis aktual yang ditegakkan berdasarkan riwayat dan pemeriksaan fisik yang dilakukan sangat terbatas nilainya dalam membuat diagnosis kematian janin (Prawirohardjo, 2014). Diagnosis pasti ditegakkan dengan pemeriksaan USG, dimana tidak tampak gerakan janin dan tidak adanya denyut jantung janin, pengurangan penampangan GS dibanding pengukuran yang dibuat 2 minggu terakhir, nampak gambaran spalding sign tulang tengkorak (Nugroho, 2012).

Tindakan kolaborasi dilakukan untuk menunjang diagnosa adalah pemeriksaan USG. Pemeriksaan USG pada Ny “E” dilakukan oleh dr. “A” pada jam 12.10 wita dengan hasil USG menunjukkan kematian janin dalam rahim 25 minggu, plasenta baik, DJJ negatif, tidak tampak gerakan janin, tampak gambaran tulang tengkorak saling menutupi (*Spalding's Sign*), dan oligohidramnion. Hasil pemeriksaan USG tersebut menunjukkan diagnosa pada kasus Ny “E” dengan kematian janin dalam rahim.

Langkah V Rencana Asuhan

Langkah ini merupakan lanjutan manajemen asuhan kebidanan terhadap diagnosis atau masalah yang telah diidentifikasi atau diantisipasi. Suatu rencana tindakan harus disetujui pasien dan bidan agar menjadi efektif. Semua keputusan yang dibuat dalam merencanakan suatu asuhan yang komprehensif harus merefleksikan alasan yang benar berlandaskan pengetahuan, teori yang berkaitan dan terbaru, serta telah divalidasi dengan keinginan atau kebutuhan pasien. Rencana asuhan disusun berdasarkan diagnosa/masalah aktual dan pencegahan masalah/diagnosa potensial. Membuat rencana tindakan asuhan kebidanan hendaknya menentukan tujuan tindakan yang akan dilakukan dan terdapat sasaran/target serta hasil yang akan dicapai dalam penerapan asuhan kebidanan sesuai dengan kasus (Nurhayati dkk, 2013).

Adapun sasaran/target dalam rencana asuhan pada kasus ini berfokus untuk mencegah terjadinya komplikasi pada ibu dengan penanganan yang cepat dan tepat

dan menerima kematian bayinya serta mencegah trauma emosional. Bila diagnosis kematian janin ditegakkan, rencana asuhan yang akan diberikan adalah memberitahu ibu dan keluarga hasil pemeriksaan, diskusikan kemungkinan penyebab dan rencana penatalaksannannya, rekomendasikan untuk segera diintervensi (Prawirohardjo, 2014:734). Saat pertama kali menyadari bahwa bayinya telah meninggal, ibu akan mengalami periode syok atau mati rasa sementara yang membuatnya tidak terlampau terpukul atas peristiwa yang terjadi. Beberapa petugas kesehatan terutama bidan sulit menemukan kata-kata yang tepat untuk disampaikan pada periode ini. Jika pasangan hadir di tempat, beri mereka kesempatan untuk berdua sebelum dihadapkan pada keputusan yang sulit (Champman dan Charles, 2013).

Penatalaksanaan pada kasus kematian janin dalam rahim yaitu dilakukan pemeriksaan tanda vital ibu, dilakukan pemeriksaan darah perifer, fungsi pembekuan dan gula darah. Diberikan KIE pada pasien dan keluarga tentang kemungkinan penyebab kematian janin dan rencana tindakan, dukungan mental emosional pada pasien dan keluarga, yakinkan bahwa kemungkinan lahir pervaginaam. Persalinaan pervaginam dapat ditunggu lahir spontan setelah 2 minggu, umunya tanpa komplikasi. Persalinan dapat terjadi secara aktif dengan induksi persalinan dengan oksitosin atau misoprostol. Pada kematian janin usia kehamilan 24-28 minggu dapat digunakan (50-100 ug tiap 4-6 jam) dan induksi oksitosin (Prawirohardjo, 2014:734).

Beberapa hal yang perlu diperhatikan, yaitu pilihan cara persalinan dapat secara aktif dengan induksi maupun ekspektatif, perlu dibicarakan dengan pasien dan keluarganya sebelum keputusan diambil. Jika ada tanda infeksi berikan antibiotika

untuk metritis. Berikan kesempatan kepada ibu dan keluarganya untuk melihat dan melakukan ritual bagi janin yang meninggal tersebut (Saifuddin, 2014). Rencana asuhan pada kasus Ny "E" disusun berdasarkan teori dengan melihat kondisi dan kebutuhan pasien. Hasil pengkajian anamnesis, pemeriksaan fisik dan pemeriksaan laboratorium pada pasien yaitu Ny "E" datang dengan keluhan tidak merasakan pergerakan janin sejak kemarin disertai nyeri perut bagian bawah tembus belakang seperti sakit ingin melahirkan, merasa perut mengeras dan ibu mengatakan merasa cemas dengan keadaan bayinya. Ibu mengatakan ini merupakan kehamilan yang pertama, dengan usia kehamilan ± 6 bulan.

Pemeriksaan fisik didapatkan kesadaran komposmentis, keadaan umum baik, tanda-tanda vital dalam batas normal, tampak cemas, tidak tenang dan meringis menahan sakit. Hasil pemeriksaan abdomen didapatkan kesan yaitu tinggi fundus uteri (TFU) setinggi pusat, 22 cm sesuai usia kehamilan 25 minggu, situs memanjang, presentasi kepala, punggung kiri, tidak terdengar denyut jantung janin, janin intrauterine, mati. Pada pemeriksaan dalam tidak ditemukan kelainan dan tidak ada pembukaan. Pemeriksaan USG, tampak plasenta baik, DJJ negatif, tidak tampak gerakan janin, oligohidramnion. Pemeriksaan laboratorium didapatkan hemoglobin normal yaitu 11,9 gr/dL, eritrosit normal yaitu 3.970/uL, trombosit normal yaitu 38000/uL, leukosit tinggi dengan kadar 16,700 /uL.

Rencana tindakan yang telah disusun yaitu: sapa ibu dan keluarga untuk meningkatkan rasa percaya sehingga ibu menjadi lebih kooperatif dengan petugas, beritahu hasil pemeriksaan, memberikan kesempatan kepada pasien dan keluarga

untuk bersama sebelum dihadapkan pada keputusan yang sulit, kolaborasi dengan dokter ahli kandungan untuk tindakan selanjutnya yaitu dengan pemberian terapi dan tindakan terminasi kehamilan.

Berikan KIE tentang kematian janin dalam rahim, minta persetujuan ibu dan keluarga untuk melakukan tindakan dengan inform consent, berikan dukungan moril kepada ibu dan keluarga yang tengah berduka untuk mengambil keputusan penting, berikan dukungan kepada ibu dan keluarga agar tetap tabah dan bersabar, laksanakan tindakan pemberian terapi sesuai dengan instruksi dokter, lakukan terminasi kehamilan dengan misoprostol cytotec atas instruksi dokter. Penanganan pada kasus Ny “E” adalah dengan pemberian cytotec ½ tabs/100 mcg tanpa induksi oksitosin. Pemberian Cytotec telah mampu untuk memantangkan serviks dan menyebabkan kontraksi uterus sehingga tidak dibutuhkan oksitosin. Setelah pemasangan cytotec, dampingi ibu dalam proses persalinan dan lanjutkan asuhan kebidanan Kala I, II, III dan IV persalinan.

Rencana tindakan dalam pemantauan kala I adalah memantau kemajuan persalinan dengan mengobservasi his dan pembukaan serviks. Rencana yang akan diberikan yaitu mencuci tangan sebelum dan sesudah melakukan tindakan, memberitahu ibu hasil pemeriksaan bahwa pembukaan telah lengkap dan ketuban masih utuh, menjelaskan penyebab nyeri, mendampingi ibu selama persalinan, menganjurkan ibu untuk miring ke salah satu sisi untuk tehnik relaksasi, mengajarkan ibu tehnik relaksasi dengan menarik nafas lewat hidung dan mengeluarkan lewat mulut, menganjurkan keluarga untuk memberi intake, support dan motivasi pada ibu

saat his berkurang, mengobservasi his, melakukan pemeriksaan dalam, menganjurkan kepada ibu dan keluarga untuk senantiasa berdo'a kepada Allah swt dan diberikan kesabaran serta kemudahan dalam proses persalinan, mengajarkan ibu meneran pada saat his, menyiapkan peralatan pertolongan persalinan.

Rencana tindakan selanjutnya pada kala II bertujuan agar ibu melahirkan bayi tanpa komplikasi dan mencegah terjadinya robekan pada vagina dan perineum. Rencana tindakan yang akan diberikan adalah melakukan pimpinan persalinan dengan membimbing Ibu untuk meneran, melakukan pengecekan fundus untuk memastikan tidak ada lagi bayi, memberitahu Ibu bahwa penolong akan menyuntikkan oksitosin, menyuntikkan oksitosin 10 IU di 1/3 paha atas distal lateral secara IM, menjepit dan memotong tali pusat.

Rencana selanjutnya pada kala III bertujuan agar plasenta lahir utuh tanpa terjadi komplikasi pada ibu. Rencana tindakan yang akan diberikan adalah melakukan manajemen aktif kala III (PTT, melahirkan plasenta, masase fundus uteri), mengevaluasi perdarahan dan memeriksa robekan pada vagina dan perineum serta melakukan kuterisasi. Selama kala III dilakukan antisipasi dengan melakukan kolaborasi tindakan USG untuk memastikan adanya sisa plasenta yang tertinggal. Bila dalam pemeriksaan USG tampak sisa jaringan maka dibersihkan dengan tindakan kuretase.

Rencana tindakan selanjutnya pada kala IV bertujuan untuk memastikan tidak terjadi perdarahan dengan melakukan pemantauan kala IV. Rencana tindakan yang akan diberikann adalahh menjelaskan pada ibu tentang kondisinya saat ini dan

keluhan yang dialami adalah normal pasca persalinan, memberi dukungan mental kepada ibu dan keluarga dan pendampingan pada ibu untuk tetap tabah dan sabar dan menyerahkan segalanya kepada Allah swt, membiarkan ibu untuk melihat bayinya untuk menciptakan kenangan terakhir bersama bayi mereka, melakukan pemantauan 2 jam post partum, melakukan kolaborasi dengan tim dokter ahli kandungan dalam pemberian terapi post partum, dan memenuhi kebutuhan nutrisi dan cairan ibu.

Rencana selanjutnya adalah meminta keluarga untuk selalu menemani ibu dan memenuhi kebutuhan serta menghibur ibu untuk mengurangi kesedihannya, mengajarkan ibu dan keluarga untuk memantau kontraksi uterus, jumlah darah yang keluar dan tanda-tanda bahaya, memberikan KIE tentang persiapan prakonsepsi dan masa subur, menganjurkan ibu untuk tetap bersabar dan merelakan kematian janinnya, dan meyakinkan ibu bahwa kejadian yang dialami adalah kehendak Allah swt oleh ibu terdapat hikmah, memberikan dukungan pada ibu dan keluarga untuk senantiasa berdo'a kepada Allah swt agar dikaruniakan keturunan yang baik dan sholeh, memindahkan ibu ke ruang nifas.

Rencana asuhan kebidanan yang telah disusun berdasarkan diagnosa/masalah aktual dan potensial, hal ini menunjukkan tidak ada kesenjangan antara teori dengan manajemen Asuhan kebidanan pada penerapan studi kasus di lahan praktek.

Langkah VI Implementasi

Berdasarkan tinjauan manajemen asuhan kebidanan bahwa melaksanakan rencana tindakan harus efisien dan menjamin rasa aman pada klien. Implementasi

dapat dilaksanakan seluruhnya oleh bidan ataupun sebagian dilaksanakan pasien serta kerjasama dengan tim kesehatan lainnya sesuai dengan tindakan yang telah direncanakan (Mangkuji dkk, 2012).

Pada studi kasus Ny”E” dengan kematian janin dalam rahim, semua tindakan yang direncanakan terlaksana dengan baik. Seperti menyampaikan hasil pemeriksaan dengan baik, memberikan kesempatan kepada pasien dan keluarga untuk bersama, dalam hal ini pasien diberi waktu sebelum dihadapkan pada keputusan untuk tindakan terminasi kehamilan, memberikan KIE tentang kematian janin dalam rahim dan penatalaksanaan kematian janin adalah mengeluarkan janin melewati jalan lahir, memberikan dukungan moril kepada ibu dan keluarga untuk mengambil keputusan penting dengan membesarkan hati ibu dan keluarga bahwa janin dapat lahir melewati jalan lahir secara normal. Penjelasan telah disampaikan, pasien dan keluarga memutuskan janinnya akan dilahirkan secara normal, kemudian memberitahu ibu dan keluarga tentang tindakan yang akan dilakukan agar janin sesegera mungkin dilahirkan yaitu bidan berkolaborasi dengan dokter ahli kandungan, kolaborasi dengan dokter ahli kandungan untuk memberikan terapi dan tindakan untuk terminasi kehamilan telah dilakukan. Setelah mendiskusikan tindakan pengakhiran kehamilan pada ibu dan keluarga, maka tindakan terminasi yang disetujui adalah induksi secara vaginal dengan kolaborasi dengan dokter ahli kandungan. Hasil kolaborasi dengan dokter ahli kandungan dengan memberikan obat analgetik, antibiotik dan dilakukan pemasangan cytotec.

Pemasangan infus Ringer Laktat dilakukan pada pukul 13.30 wita, pukul 13.35 wita, memberikan drips Metronidazole, melakukan skin test Ceftriaxone pukul 14.05 wita, pukul 14.20 wita memberikan injeksi Ceftriaxone, melakukan pemasangan Cytotec $\frac{1}{2}$ tab/vagina jam 14.25 wita untuk induksi persalinan dan memberikan dukungan psikologis pada ibu dan keluarga, serta memenuhi kebutuhan cairan ibu yaitu memberi ibu minum. Pemantauan selanjutnya, yaitu pada kala I persalinan setelah pemberian cytotec pukul 14.25 wita. Pukul 16.00 wita, Ibu merasakan nyeri perut tembus belakang yang semakin terasa dan terdapat pelepasan lendir dan darah, keadaan umum ibu baik, tampak meringis menahan sakit, tanda-tanda vital dalam batas normal, his: 4x/10 menit (durasi 35-40 detik), pemeriksaan dalam (VT jam 16.10 wita) dengan portio melesap, pembukaan 10 cm, ketuban utuh, presentasi kepala, penurunan hodge III, pengeluaran lendir dan darah.

Tindakan yang dilakukan dalam rencana tindakan pada Kala I yaitu menjelaskan penyebab nyeri, menganjurkan ibu untuk miring ke salah satu sisi untuk tehnik relaksasi, mengajarkan ibu teknik relaksasi, menganjurkan pada keluarga untuk memberi intake, support dan motivasi pada ibu saat his berkurang, mengobservasi his pada pukul 16.22 wita, his : 4x/10 menit (durasi 40-45 detik), melakukan pemeriksaan dalam pada pukul 16.22 wita dengan hasil portio melesap, pembukaan lengkap, ketuban pecah, jernih, presentasi kepala, UUK kanan depan, penurunan Hodge IV, molase dan penumbungan tidak ada, kesan panggul cukup, pelepasan lendir darah dan air ketuban. Setelah dilakukan pemeriksaan dalam, menganjurkan kepada ibu dan keluarga untuk senantiasa berdo'a kepada Allah swt

dan memohon diberi kesabaran serta kemudahan dalam proses persalinan, mengajarkan ibu meneran pada saat his, menyiapkan peralatan pertolongan persalinan.

Pemantauan selanjutnya, yaitu pada kala II persalinan. Kala II dipastikan dengan adanya tanda dan gejala kala II yaitu ibu merasakan nyeri perut yang semakin timbul, ada dorongan untuk meneran, dan merasa seperti ingin buang air besar, perineum menonjol, vulva dan anus membuka. Hasil pemeriksaan dalam yaitu pembukaan lengkap pada pukul 16.10 wita dan selaput ketuban pecah pukul 16.22 wita. Tindakan asuhan yang dilakukan pada kala II adalah melakukan pimpinan meneran saat ibu mempunyai dorongan yang kuat untuk meneran pada pukul 16.22 wita, pimpinan meneran ± 8 menit, bayi lahir spontan dengan presentasi muka tanggal 04 Mei 2017 pukul 16.30 wita dengan jenis kelamin perempuan, meninggal dunia, dan terdapat kelainan pada bagian wajah yaitu bibir sumbing dan hidung yang tidak sempurna. Berat badan 1200 gram, panjang badan 37 cm.

Setelah bayi lahir melakukan pengecekan fundus dan tidak ada lagi bayi dalam uterus, kemudian memberitahu ibu dan menyuntikkan oksitosin dan suntikan oksitosin, dan menjepit dan memotong tali pusat. Pemantauan selanjutnya, yaitu pada kala III persalinan. Kala III dimulai setelah bayi lahir pukul 16.30 wita, dan ditandai dengan adanya semburan darah tiba-tiba serta tali pusat bertambah panjang. Tindakan yang dilakukan pada saat kala III yaitu melakukan manajemen aktif kala III: plasenta dan selaput ketuban lahir spontan pukul 16.35 wita kontraksi uteru baik dan TFU 1 jari di bawah pusat. Lama kala III adalah 5 menit, plasenta dan selaput ketuban lahir

kesan lengkap, perdarahan ± 50 cc dan tidak terjadi robekan pada vagina dan perineum. Melakukan katektisasi dengan jumlah urin yaitu ± 50 cc. Pemantauan lanjutan dari kala III adalah memastikan adanya sisa plasenta dengan kolaborasi dokter ahli kandungan untuk tindakan USG. Pemeriksaan USG dilakukan pada tanggal 05 Mei 2017 pukul 16.15 wita, hasil pemeriksaan USG tampak sisa jaringan. Membersihkan sisa jaringan dengan melakukan kuretase oleh dokter ahli kandungan pada tanggal 06 Mei 2017 pukul 11.00 wita.

Pemantauan dilanjutkan pada kala IV persalinan. Kala IV persalinan dimulai setelah plasenta lahir. Ibu merasakan lega setelah melahirkan dan masih sedikit mules, keadaan umum ibu baik, ibu tampak menangis dan bersedih, tanda-tanda vital yaitu tekanan darah : 110/80 mmHg, Nadi : 86x/i, Suhu : 37 °C, Pernafasan : 22 x/i, kontraksi uterus baik, TFU 1 jari dibawah pusat. Tindakan yang dilakukan yaitu menjelaskan pada ibu tentang kondisinya saat ini dan keluhan yang dialami adalah normal pasca persalinan, memberi dukungan mental kepada ibu dan keluarga dan pendampingan pada ibu untuk tetap tabah dan sabar dan menyerahkan segalanya kepada Allah swt, membiarkan ibu untuk melihat bayinya untuk menciptakan kenangan terakhir bersama bayi mereka.

Tindakan selanjutnya adalah pemantauan 2 jam post partum. Pukul 18.35 wita didapatkan tekanan darah ibu meningkat dari jam pertama pukul 16.50 wita tekanan darah 110/80 mmHg meningkat pada jam kedua menjadi 130/100 mmHg. Tindakan selanjutnya adalah kolaborasi dengan dokter untuk dilakukan cek protein urine dan pemberian terapi obat. Hasil pemeriksaan protein urine negatif dan pemberian terapi

seperti Nifedipin, Cefadroxil, Asam mefenamat, SF telah diberikan pada pukul 20.00 wita. Setelah itu melakukan pemeriksaan tanda-tanda vital, tekanan darah: 130/90 mmHg, nadi: 80x/i, suhu: 36,5 °C, pernafasan: 20x/i.

Setelah dilakukan pemeriksaan tanda-tanda vital, meminta keluarga agar selalu menemani dan memenuhi kebutuhan ibu untuk mengurangi kesedihannya, mengajarkan ibu dan keluarga cara memantau kontraksi uterus, memberikan KIE tentang persiapan prakonsepsi dan masa subur, membicarakan kejadian yang dialami ibu dan pencegahan yang perlu dilakukan di masa mendatang, menganjurkan ibu untuk tetap bersabar dan merelakan kematian janinnya, dan meyakinkan ibu bahwa kejadian yang dialami adalah kehendak Allah swt., menganjurkan ibu dan keluarga untuk senantiasa berdo'a kepada Allah swt agar dikaruniakan keturunan yang baik dan sholeh, memindahkan ibu ke ruang perawatan pada pukul 21.30 wita, dan dan dilakukan kolaborasi dengan dokter ahli kandungan untuk tindakan USG untuk melihat ada tidaknya sisa plasenta yang dapat menyebabkan perdarahan. Tindakan USG akan dilakukan pada tanggal 05 Mei 2017 pukul 16.15 wita dengan hasil tampak sisa jaringan. Penatalaksanaan pada Ny "E" adalah tindakan kuretase pada tanggal 06 Mei 2017 pukul 11.00 wita.

Dalam pelaksanaan tindakan asuhan kebidanan penulis tidak menemukan hambatan yang berarti karena seluruh tindakan yang dilakukan sudah berorientasi pada kebutuhan klien.

Langkah VII Evaluasi Asuhan Kebidanan

Evaluasi merupakan langkah akhir dari proses manajemen kebidanan dimana pada tahap ini ditemukan kemajuan atau keberhasilan dalam mengatasi masalah yang dihadapi klien. Proses evaluasi merupakan langkah dari proses manajemen asuhan kebidanan pada tahap ini penulis tidak mendapatkan permasalahan atau kesenjangan pada evaluasi menunjukan masalah teratasi tanpa adanya komplikasi. Hasil anamnesis, pemeriksaan fisik dan pemeriksaan pemeriksaan USG, diagnosa yang ditegakkan pada Ny “E” adalah kematian janin dalam rahim. Rencana asuhan yang telah disusun berorientasi sesuai dengan kebutuhan pasien dan dilaksanakan secara menyeluruh. Adanya kerjasama antara pasien dan petugas kesehatan sehingga tidak ditemukan hambatan pada saat pelaksanaan asuhan.

Terminasi kehamilan adalah penanganan pada kasus kematian janin dalam rahim. Terminasi kehamilan pada Ny “E” dilakukan dengan pemberian induksi Cytotec pervaginam.. Pemberian Cytotec $\frac{1}{2}$ tab/vagina pada pukul 14.25 wita, Cytotec telah mampu untuk memantangkan serviks dan menyebabkan kontraksi uterus sehingga tidak dibutuhkan oksitosin. Sekitar ± 2 jam, timbul kontraksi yang adekuat, pembukaan lengkap pada pukul 16.10 wita, ketuban pecah pukul 16.22 wita. Pimpinan meneran dilakukan ± 8 menit, dengan kekuatan ibu bayi lahir spontan pada pukul 16.30 wita dengan jenis kelamin perempuan dalam keadaan meninggal dunia, plasenta lahir pukul 16.35 dan selama pemantauan 2 jam postpartum terjadi kenaikan tekanan darah yakni 130/100 mmHg. Tindakan yang dilakukan adalah berkolaborasi dengan dokter ahli kandungan. Pemberian terapi obat-obatan telah diberikan dan

tekanan darah turun menjadi 130/90 mmHg. Selain pemberian terapi obat-obatan, ibu dan keluarga diberikan dukungan dengan menganjurkan ibu dan keluarga untuk tetap bersabar dan merelakan kematian janinnya, dan meyakinkan ibu bahwa kejadian yang dialami adalah kehendak Allah swt.

Tindakan akhir untuk mencegah terjadinya perdarahan adalah telah dilakukan kolaborasi dengan dokter ahli kandungan untuk USG dan didapatkan tampak sisa jaringan dan telah dilakukan kuretase oleh dokter atas persetujuan ibu/keluarga dan petugas kesehatan. Selama persalinan berlangsung, ibu telah diberikan asuhan sesuai dengan kebutuhan ibu dan mendapatkan pendampingan oleh keluarga maupun bidan. Keadaan psikososial ibu baik, meskipun masih bersedih, akan tetapi ibu dalam keadaan baik, ditandai dengan tanda-tanda vital yang normal dan menerima kematian janinnya dan bersabar serta berserah diri kepada Allah swt. atas apa yang telah ibu dan keluarga alami.

Beberapa faktor resiko/penyebab kematian janin dalam rahim pada Ny"E" adalah umur <20 tahun, infeksi, dan kelainan kongenital janin. Ny"E" dengan 17 tahun, mengalami infeksi dialami ibu yang berpengaruh ke janin dan kelainan kongenital. Kelainan kongenital ditunjukkan adanya oligohidramnion serta bayi lahir dengan kelainan pada bagian wajah yaitu bibir sumbing dan hidung yang tidak sempurna. Berdasarkan pathway kematian janin dalam rahim dengan kasus menunjukkan faktor janin adalah penyebab kematian janin.

BAB V

PENUTUP

Setelah penulis mempelajari teori dan pengalaman langsung dilahan praktek melalui studi kasus tentang manajemen asuhan kebidanan pada Ny “E” dengan Kematian Janin Dalam Rahim di RSUD Syekh Yusuf Gowa, maka bab ini penulis menarik kesimpulan dan saran.

A. KESIMPULAN

1. Asuhan kebidanan pada Ny “E” dengan Kematian Janin Dalam Rahim dilakukan dengan teknik pendekatan manajemen asuhan kebidanan yang dimulai dari pengkajian dan analisa data dasar, pada langkah ini dilakukan pengkajian dengan pengumpulan semua data yang diperlukan untuk mengevaluasi keadaan klien secara lengkap, mulai dari anamnesis riwayat kesehatan, pemeriksaan fisik, pemeriksaan penunjang dan keterangan tambahan yang menyangkut atau yang berhubungan dengan kondisi klien.
2. Diagnosa Ny “E” dengan Kematian Janin Dalam Rahim ditegakkan berdasarkan adanya keluhan tidak merasakan pergerakan janin, pemeriksaan fisik abdomen didapatkan tidak terdengar DJJ dan pemeriksaan USG menunjukkan tidak ada gerakan janin, DJJ negatif, tampak gambaran *Spalding’s Sign* dan oligohidramnion.
3. Pada Ny “E” masalah yang mungkin muncul adalah terjadi trauma emosional yang berat terjadi bila waktu antara janin dan persalinan cukup lama dan

dapat terjadi infeksi bila ketuban pecah serta gangguan pembekuan darah jika kematian janin lebih dari 3-4 minggu, ditegakkan berdasarkan masalah aktual yang dialami ibu.

4. Pada Ny “E” diperlukan tindakan kolaborasi dengan dokter ahli kandungan untuk pemeriksaan USG dalam penegakan diagnosa Kematian Janin Dalam Rahim.
5. Rencana tindakan yang telah disusun pada Ny “E” bertujuan agar ibu mendapatkan penanganan yang sesuai dengan kondisinya dan mencegah terjadinya komplikasi serta mencegah terjadinya trauma berat pada ibu dengan kematian janin dalam rahim.
6. Tindakan yang dilakukan bertujuan agar rencana yang disusun tercapai dengan adanya kerjasama antara bidan dengan petugas lainnya agar dapat lebih meningkatkan kualitas pelayanan kebidanan pasien.
7. Tindakan evaluasi pada Ny “E” dengan Kematian Janin Dalam Rahim telah diberikan semaksimal mungkin dan sesuai standar pelayanan/rencana asuhan kebidanan serta komplikasi-komplikasi yang mungkin terjadi dapat teratasi.
8. Pendokumentasian dilaksanakan pada tanggal 04 Mei 2017 dan 05 Mei 2017 di RSUD Syekh Yusuf Gowa. Pengkajian pertama setelah dilakukan tindakan terminasi kehamilan sampai proses persalinan dari Kala I-IV persalinan dan tindakan kuretasee.

B. SARAN

1. Bagi klien

- a. Menganjurkan kepada ibu untuk senantiasa berdo'a diberikan kesabaran dan dikaruniakan keturunan yang baik dan sholeh oleh Allah swt.
- b. Menganjurkan kepada ibu agar banyak beristirahat.
- c. Menganjurkan kepada ibu untuk untuk mengomsumsi makanan dengan gizi seimbang.
- d. Menganjurkan kepada ibu untuk mengomsumsi obat secara teratur sesuai instruksi dokter.
- e. Menganjurkan kepada ibu untuk menjaga kebersihan organ genetaliaanya.

2. Saran untuk bidan

- a. Bidan sebagai tenaga kesehatan diharapkan mampu memberikan pelayanan yang professional sehingga dapat berperan dalam menurunkan angka kematian ibu (AKI) dan angka kematian perinatal (AKP). Oleh karena itu bidan harus meningkatkan kemampuan, pengetahuan, keterampilan, melalui program pendidikan, pelatihan-pelatihan, seminar agar menjadi bidan yang berkualitas sesuai dengan perkembangan IPTEK
- b. Bidan harus memberikan asuhan sesuai wewenang untuk itu manajemen kebidanan perlu dikembangkan karena merupakan alat yang mendasari bagi bidan untuk memecahkan masalah klien dan berbagai kasus.

- c. Seorang bidan hendaknya menganggap bahwa semua ibu hamil mempunyai resiko untuk komplikasi yang dapat mengancam jiwa ibu dan janin, oleh karena itu bidan diharapkan mampu mendeteksi secara dini adanya tanda-tanda bahaya kehamilan dan menganjurkan ibu dan keluarga segera ke pelayanan kesehatan bila mengalami hal tersebut.
3. Saran untuk institusi kebidanan
- a. Untuk mendapatkan hasil manajemen asuhan kebidanan yang baik perlu menyediakan tenaga bidan yang profesional untuk menunjang pelaksanaan tugas.
 - b. Untuk pelayanan yang lebih berkualitas sesuai dengan kemajuan teknologi, sebaiknya bidan yang sudah bertugas diberi kesempatan untuk melanjutkan atau semacam pelatihan-pelatihan.
 - c. Demi mendapatkan hasil yang baik dan memuaskan perlu kiranya penyediaan fasilitas/ alat-alat yang memadai untuk menunjang pelaksanaan tugas-tugas kebidanan dan untuk meningkatkan keterampilan bidan.

DAFTAR PUSTAKA

- AIHW (Australian Institute of Health and Welfare). *National perinatal mortality data reporting project: issues paper, October 2012*. Canberra: Department of Health and Ageing. 2014
- Al-Azasi, Abd Abdurrahman Adil Bin Yusuf. *Janin (Pandangan Al-Qur'an dan Ilmu Kedokteran)*. Surabaya: Pustaka Rahmat, 2009.
- Al-Maragi, Ahmad Mustafa. *Terjemah Tafsir Al-Maragi*. Semarang: PT Karya Toha Putra, 1994
- An-najjar, Prof. DR. Zaghlul. *Sains Dalam Hadis*. Jakarta: Amzah, 2011
- Benson, Ralph C. Dan Martin L. Pernoll. *Buku Saku Obstetri dan Ginekologi*. Ed. 9; Jakarta: EGC, 2013.
- Bothamley, Judy dan Maureen Boyle. *Patofisiologi dalam Kebidanan*. Jakarta: EGC, 2012.
- Centers for Disease and Prevention. *Pregnancy Complications*. 2016
- Chapman, Viky, Cathy Charles. *Persalinan dan Kelahiran: Asuhan Kebidanan*. Jakarta: EGC, 2013.
- Choudhary, Anjali, dan Vineeta Gupta. *Epidemiology of Intrauterine Fetal Deaths: A Study In Tertiary Referral Centre In Uttarakhand: IOSR Journal of Dental and Medical Sciences*. Vol.13, No.3, Maret 2014.
- Cunningham, F.G., Leveno, K.j., Bloom, S.I., Spong, C.Y., Dashe, J.S., Hoffman, B.L., Casey, B.M., and Sheeield, J.S. *Williams Obstetric 24th edition*. New York: McGraw Hill. 2014.
- Dinas Kesehatan Kabupaten Gowa. *Profil Kesehatan Kabupaten Gowa*. 2014
- Dinas Kesehatan Kabupaten/Kota. *Profil Kesehatan Provinsi Sulawesi Selatan*. 2016.
- Divya B, Ashwini Nayak U., dan Asha Swarup O.V.. *A study of intrauterine fetal death in a tertiary care hospital: Int J Reprod Contracept Obstet Gynecol*. Vol. 4. No.6, November- Desember 2015.
- Efrida dan Elvinawaty. *Imunopatogenesis Treponema pallidum dan Pemeriksaan Serologi: Jurnal Kesehatan Andalas*. Vol.3, No.3, 2014.

- Gerungan, Elvi Nola, Meildy Pascoal, dan Anita Lontaan. Faktor-faktor yang Berhubungan dengan Kejadian Intra Uterine Fetal Death (IUFD): ISSN: 2339-1731. Vol.4, No.1, 9-14. Januari- Juni 2016
- Holmes, Debbie dan Philip N. Baker. Buku Ajar Ilmu Kebidanan. Jakarta: EGC, 2012
- Hoyert Ph.D, Donna L., dan Elizabeth C.W. Gregory. *Cause of Fetal Death: Data From the Fetal Death Repor, 2014t: Center for Disease Control and Prevention*. Vol.65, No.7. October 2016.
- Kementerian Agama RI. *Al-Qur'an dan terjemahannya*. 2004.
- Kementrian Kesehatan Republik Indonesia. *Profil Kesehatan Indonesia*. 2015.
- Kementrian Kesehatan RI. *Rencana Strategis Kementrian Kesehatan Tahun 2015-2019*. Jakarta: KEMENKES, 2015.
- Kuswanti, Ina dan Fitria Melina. *ASKEB II Persalinan*. Yogyakarta: Pustaka Pelajar, 2013.
- MacDorman, Ph.D., Marian F., and Elizabeth C.W. Gregory, M.P.H. *Fetal and Perinatal Mortality: United States, 2013: Center for Disease Control and Prevention*. Vol.64, No.8, July 2015.
- Mahyuni, dkk.,. *Hubungan Umur, Paritas dan Pendidikan Ibu dengan Kejadian Intra Uterin Fetal Death (IUFD) di Ruang Bersalin di RSUD Dr. H. Moch. Ansari Saleh Banjarmasin: Jurkessia*. Vol. V, No. 3, 23-29. Juli 2015.
- National Vital Statistics Reports. *Cause of Fetal Death: Data From the Fetal Death Report*. 2014.
- Nurhayati, dkk. Konsep Kebidanan. Jakarta : Salemba Medika, 2013.
- Nugroho, Taufan. *Patologi Kebidanan*. Yogyakarta: Nuha Medika. 2012.
- RSUD Syekh Yusuf Gowa. *Standar Prosedur Operasional Penatalaksanaan IUFD*. 2015
- Safarzadeh A, et al. "Intra Uterine Fetal Death and Sme Related Factors: A Silent Tragedy in Southeastern Iran" Tinjauan terhadap buku *Review Stillbirth rates: delivering estimates in 190 countries*, oleh Stanton C dan Wilczynska-Ketende. *Pain Relief*. Vol.3, No.1, 2014.

- Schillberg, Erin, dkk.,. *Factors Related to Fetal Death in Pregnant Women with Cholera, Haiti, 2011–2014: Emerging Infectious Diseases*; CDC. Vol.22, No.1, January 2016.
- Septerina P. W, Puji Astuti, dan Rusmini. *Studi Deskriptif Eksploratif Kejadian IUFD: ISSN 1829-5754*. Vol.11, No.3, September 2015.
- Shihab, M. Quraish. *Tafsir Al-Misbah (Pesan, Kesan, dan Keserasian al-Quran)*. Jakarta: Lentera Hati, 2002.
- Sukarni, Icesmi dan Margareth. *Kehamilan, Persalinan Dan Nifas*. Yogyakarta: Nuha Medika, 2013.
- Sulansi dan Hendrikus Mbira. *Faktor-faktor Yang Mempengaruhi Kejadian IUFD Di RSUD Ende: Jurnal Info Kesehatan*. Vol.11, No.2, Desember 2013
- Suseno, Tutu A., Masruroh H. *Etika Profesi Kebidanan*. Yogyakarta: Citra Pustaka. 2010.
- Triana, Ani. *Pengaruh Kadar Hb dan Paritas dengan Kejadian Intra Uterine Fetal Death (IUFD) di RSUD Arifin Achmad Pekanbaru: Jurnal Kesehatan Komunitas*. Vol.2, No.1, November 2012.
- Patel, Swapnil, dkk.,. *Study of causes and complications of intra uterine fetal death (IUFD: International Journal of Reproduction, Contraception, Obstetrics and Gynecology*. Vol.3, Issue.4, December 2014.
- Prawirohardjo, Sarwono. *Ilmu Kebidanan*. Jakarta: PT. Bina Pustaka. 2014
- Qadariyah, N. *Manajemen Asuhan Kebidanan Keluarga Berencana pada Ny “N” Akseptor Suntikan Depo Progestin dengan Efek Samping di Puskesmas Plus Bara-baraya(tesis)*. Makassar: Universitas Islam Negeri, 2012.
- Women's Health and Education Center. *Stillbirth: Evaluation and Management*. 2012.
- World Health Organization. *Maternal and Perinatal Health*. 2017
- World Health Organization . *The neglected tragedy of stillbirths*. 2016
- Yadav, Rajnish Kumar, Siddhartha Maity dan Sudipta Saha. *A review on TORCH: groups of congenital infection during pregnancy: Journal of Scientific and Innovative Research*. ISSN 2320-4818. 2014

Yuristin, Devina. *Hubungan Anemia dengan Kejadian Intra Uterine Fetal Death (IUFD) di RSUD Arifin Achmad Pekanbaru Propinsi Riau: ISSN:9724DB915DD47. Vol.1, 40-50. Agustus 2014.*



DAFTAR RIWAYAT HIDUP



A. IDENTITAS PEMILIK

Nama : Besse Ramlah
Nim : 70400114013
T.T.L : Pappololekko, 24 Desember 1995
Suku : Bugis
Agama : Islam
Alamat : Dusun satria bone, Desa Patuhu, Kec. Randangan,
Kab. Pohuwato
Nama Orang Tua : a. Ayah : H. Baso Muslimin
b. Ibu : Hj. Indo Intang

B. RIWAYAT PENDIDIKAN

1. Tahun 2004-2010 SDN 308 Akkotengeng, Kab. Wajo
2. Tahun 2010-2012 SMP Neg. 1 Randangan, Kab. Pohuwato
3. Tahun 2012-2014 SMA Neg. 1 Randangan
4. Mengikuti pendidikan D3 Kebidanan UIN Alauddin Makassar sejak Tahun 2014 sampai 2017